CPRN RCRPP

Assessing the Impacts of Health Reforms on Seniors

Part II: A Model for Analyzing Health Care Reforms: A Structure, Process and Outcome Approach

A Report Prepared for the National Advisory Council on Aging

December, 1997

Health Network
Réseau de la santé

CPRN RCRPP

Assessing the Impacts of Health Reforms on Seniors

Part II: A Model for Analyzing Health Care Reforms: A Structure, Process and Outcome Approach

A Report Prepared for the National Advisory Council on Aging

by Marcus J. Hollander

December, 1997

Health Network
Réseau de la santé

Health Network
Canadian Policy Research Networks
841 Fairfield Road
Victoria, B.C., V8V 3B6

EXECUTIVE SUMMARY

Due to the potential impact of health reforms, and their lack of evaluation to date, the National Advisory Committee on Aging (NACA), through its Research and Special Issues Committee, commissioned this project entitled Assessing the Impacts of Health Reforms on Seniors. The goal of the project was as follows:

> To develop an analytical framework to identify appropriate evaluation questions and indicators to assess the impact of health organizational and structural reforms on the availability, accessibility and quality of health care for seniors and their families.

The major deliverables for this project are divided into three parts. Part I is a synthesis report on regional reforms in Canada and on seniors' perspectives of the health system. Part II consists of an analytical framework and key indicators for evaluating the impact of health reforms on seniors. Part III is an evaluation guide which could be used by local organizations to conduct their own evaluations. This report provides the findings for Part II of the overall project, the analytical framework and key indicators for evaluating the impacts of health reforms on seniors.

An analytical framework was developed for this project using a structure, process and outcome model. This framework, and the views and values of seniors about what would constitute an appropriate health system (discussed in the report of Part I of this project), were combined. This combination of the conceptual framework with seniors values was used to guide the development of key questions and indicators presented in this report. These questions and indicators can be used as a "menu" of items to be included in future evaluations of the impact of health reforms on seniors.

Table 1 in this executive summary presents an overview of the six major components of the conceptual model. It indicates the major headings for each component and the specific areas of inquiry which should be addressed in an evaluation of health care reforms.

101-02288/

TABLE 1: The Structure, Process and Outcome Model of Analysis

CONCEPTUAL MODEL		
Structure	Process	Outcome
1. The Structural Aspects of Reforms: Legislation and Governance • Legislative Basis of Reforms • Governance • Geographic Boundaries	**2. Processes Related to Administration and Service Delivery** • Accountability Mechanisms • Labour Relations • Planning • Information Management • Quality Assurance	**4. Social, Political and Administrative Outcomes** • Greater Democratization • Public Acceptance of Regionalized Models • All Party Acceptance of Reforms • Regionalization Strategies • Implementation of Reforms
	3. Processes Related to Financing and Resource Allocation • Resource Allocation Methodologies • Cross Boundary Issues • Incentive Systems • Freedom to Raise Revenues	**5. Economic and Resource Allocation Outcomes** • Operating Efficiency • Placement of Clients • Inter-provider Movement of Clients
		6. Health Outcomes • Impacts on Key Health Indicators • Impacts on Systems Efficiencies • Equity in Resource Allocation • Impacts on Physicians

It was found that the goals of reforms and the goals of seniors were not always directly congruent. Reforms often focussed on restructuring, while seniors focussed on care related outcomes. It will therefore be necessary for those conducting an evaluation to clearly delineate which cluster of goals is to be studied. Where goals are somewhat congruent, it will be necessary to construct a logic chain to translate the goals of reform to the goals of seniors.

This report contains a brief discussion of the criteria which should be used to select indicators and of the methodological properties that indicators should have such as validity and reliability. Table 2 presents the key questions which should be used in an evaluation. We have included summary tables at the end of the main body of this report which present indicators for these key questions. Data sources and methods for each indicator, and a rationale for the inclusion of each indicator, are also provided. An example of these tables is presented in this executive summary as Table 3. Tables 5-7 of the main report use this format. They represent the main concerns of seniors and focus primarily on health outcomes. Tables 8-12 in the main report contain key questions related to evaluating the other components of the analytical framework for evaluating health reforms.

TABLE 2: Key Questions to Assess the Impacts of Health Reforms on Seniors

Questions Related to Services	Questions Related to Service Providers	Questions Related to Service Delivery Systems
Do seniors receive effective, high quality services? Do seniors have adequate and sufficient services? Are services available and accessible and provided at a time that is suitable for the client? Is there an appropriate continuity of services and are the services provided predictable? Are services acceptable and appropriate? Are services flexible and adaptable? Are services affordable? Is the care that is provided family focussed?	Are service providers reviewed by a provincial or national accreditation body on a regular basis? Is the nature and quality of communication provided by care staff appropriate? Are staff caring, and do they take the necessary time with clients, show an interest in clients, go the extra mile for clients and anticipate and plan for future needs? Are staff well trained and competent? Are clients treated with respect and dignity? Are there enough staff and volunteers in agencies to properly care for clients?	Are services adequately coordinated? Are medications prescribed appropriately and are they affordable? Are health services available and appropriate after reforms?

TABLE 3: A Sample of Key Questions and Indicators

Question	Indicator(s)	Rationale	Data Sources and Methods
Do seniors have adequate and sufficient services?	• The ratings of seniors and their informal caregivers on a five point scale of the extent to which services seem to be sufficient and adequate, by type of service.	This indicator provides seniors' views of the question.	Survey Comparisons across NHAs *and to provincial average Time Trends Analysis
	• Service units for each type, and sub-type, of service by NHA such as: - GPs per 1,000 pop - Specialists, by category, per 1,000 pop - Hospital beds per 1,000 pop - Long Term Care Facility beds per 1,000, 65 years of age or older - Acute psychiatric beds per 1,000 - Geriatricians per 100,000 pop, 65 years of age or older - Average Homemaker hours by level of care - Group home spaces per 1,000 pop, 19 years of age or older - Adult Day Care spaces per 1,000 pop, 65 years of age or older - Average Home Nursing and Rehabilitation hours/visits by level of care for longer term clients - Number of hours of nursing, rehabilitation, homemakers per 1,000 pop, 65 years of age or older	Utilization comparisons provide a good picture of service volumes, but it should be noted that not all services provided may actually be needed.	Ministry and NHA Data Comparisons across NHAs to provincial average and across provinces Comparisons to standards deemed appropriate by a panel process
	• Staff to client ratios within hospital and institutional services, overall and for professional staff, ancillary staff and administrative staff, by level of care or case mix indicators.	Staffing comparisons are useful in that two NHAs may have the same number of beds, but their bed to staff ratios may differ even after the care needs of clients have been accounted for.	Ministry and NHA Data Comparisons across NHAs, to provincial average, across provinces and internationally

**NHA in the summary tables refers to "New Health Authority". This could be a Regional Board, a Primary Care Agency or an Integrated Health System*

ACKNOWLEDGEMENTS

The author would like to acknowledge the support and guidance received on this project from the members of the Research and Special Issues Committee of the National Advisory Council on Aging and from the staff of the Division of Aging and Seniors, Health Canada. Funding for this project was provided by the Division of Aging and Seniors, Health Canada.

Most of this project was conducted when the author was the Director of the Health Network of the Canadian Policy Research Networks (CPRN). The author would like to acknowledge the support received from the CPRN. He would also like to acknowledge the contributions of the staff and contractors of its Health Network. Finally, thanks also go to Anthony Beks and Elizabeth Walker for their assistance.

TABLE OF CONTENTS

Page

Executive Summary i
Acknowledgements v
Table of Contents vi

1. INTRODUCTION 1

2. ANALYZING HEALTH CARE REFORMS: A Structure, Process and Outcome Approach 3

2.1 Introduction 3

2.2 The Structural Aspects of Reforms: Legislation and Governance 4
2.2.1 The Legislative Basis of Reforms 4
2.2.2 Governance 4
2.2.3 Geographic/Population Boundaries 5

2.3 Processes Related to Administration and Service Delivery 5
2.3.1 Accountability Mechanisms 5
2.3.2 Labour Relations and Human Resources 5
2.3.3 Planning 6
2.3.4 Information Management 6
2.3.5 Standards and Quality Assurance 6

2.4 Processes Related to Financing and Resource Allocation 6
2.4.1 Resource Allocation 6
2.4.2 Cross Boundary Issues 7
2.4.3 Incentive Systems 7
2.4.4 Freedom to Raise Revenues and Allocate Expenditures 7

2.5 Social, Political and Administrative Outcomes 8
2.5.1 Greater Democratization 8
2.5.2 Acceptance of Reform Models by the Public 8
2.5.3 All Party Acceptance of Reforms 8
2.5.4 Strategies for Regionalization 8
2.5.5 Implementation of Reforms 9

2.6 Economic and Resource Allocation Outcomes 9
2.6.1 Operating Efficiency 9
2.6.2 Placement of Clients 9
2.6.3 Inter-provider Movement of Clients 9
2.7 Health Outcomes 10
2.7.1 Impacts on Key Health Indicators 10
2.7.2 Impacts on Systems Efficiencies 10
2.7.3 Equity in Resource Allocation 10
2.7.4 Impacts on Physicians 10

2.8 Integration of the Six Components of the Analytical Framework 11

2.9 The Inter-Relationship Between the Analytical Framework and the Goals of Seniors 12

3. EVALUATION DESIGN 12

3.1 Introduction to the Evaluation Design 12
3.2 Evaluation Questions 16
3.3 Criteria for Selecting Indicators 16
3.4 Data Sources and Methods 18
3.5 Design of Summary Tables 18

TABLES 5 to 7
Indicators related to services 20
Indicators related to service providers 26
Indicators related to the Service delivery System 29

TABLES 8 to 12
Structural issues 32
Process issues 33
Resource allocation issues 35

FOOTNOTES 40

1. INTRODUCTION

Through anecdotal reports, and their own knowledge of changes in health care delivery, members of the National Advisory Council on Aging (NACA) became concerned about the impacts of health reforms on seniors. Problems noted related to delays in seniors receiving services, lack of coordination of care between the components of the health care system, and health care staff being under such pressure that they were "processing" seniors rather than listening to them and caring for their individual needs.

In addition to the need for medical and hospital services, seniors require services to address their functional needs. The challenges in caring for seniors relate to the coordination of a wide range of supportive health-related services, and to the maintaining of seniors' dignity while they are being cared for by others. It is the little things, such as making a meal, being able to go up and down stairs, being able to clean one's house, being able to groom oneself, and being treated appropriately by others, that lend dignity to one's life and that pose unique challenges to seniors and to their informal caregivers. NACA members became concerned that the level of "caring" in the health system had started to deteriorate.

Given the potential impact of reforms, and given their lack of evaluation to date, NACA at its February 1996 meeting directed its Research and Special Issues Committee (RSIC) to develop terms of reference for a project to assess the impacts of health reforms on seniors. The RSIC considered a range of factors such as possible research models, the lack of appropriate evaluation approaches, and financial and time constraints. It recommended that, at this time, the most significant contribution NACA could make to the current debate on the impact of health care reforms would be, as a first step, to develop a NACA position on key evaluation issues.

This recommendation was approved by the Council at its May 1996 meeting, and staff were directed to develop a detailed project plan for review and approval by the RSI Committee. In developing its project plan, staff identified that the overall goal of the project would be as follows:

- To contribute to the debate on the evaluation of health care reforms by advancing a NACA position on key evaluation issues and questions which need to be addressed in assessing the impact of changes on the delivery of services to seniors.

The staff also identified that the specific purpose, or key objective, of the project itself would be as follows:

- To develop an analytical framework to identify appropriate evaluation questions and indicators to assess the impact of health organizational and structural reforms on the availability, accessibility and quality of health care for seniors and their families.

The staff entered into contracts with the Health Network of the Canadian Policy Research Networks, an independent, national, policy think-tank, and with Dr. Elaine Gallagher of the University of Victoria to carry out the project.

In establishing this project, NACA wanted to develop an overall conceptual framework, and a set of key indicators, which would take a seniors centred approach to evaluating health reforms. This evaluation model could then be used by governments, Regional Boards, seniors' agencies, and others to address the key question of concern, i.e., are reforms resulting in health care that meets the expectations of seniors, and of their informal caregivers.

NACA members were also looking to the future in mandating this project as more and more seniors will be cared for by the health system in the coming years. In fact, the proportion of seniors in Canada has been increasing at a higher rate than the rest of the population for some time, and projections indicate that this trend will only increase as baby boomers reach 65 years of age in the year 2011. Thus, how seniors are served by the health care system will become an increasingly important issue over time. For example, while the non-senior population (those aged 0 - 64) is projected to increase by some 18.7% between 1996 and 2016, the corresponding projected growth rate for seniors is 61.1%, or more than three times that of non-seniors. The rate of increase for those 85 years of age or older, who use disproportionately more health services than any other age group, is projected to be 115% for the same period.[1]

The overall project entitled "Assessing the Impacts of Health Reforms on Seniors" has three parts. This document constitutes the report of the second of these three parts. The report of Part I provided an overview of what has happened in regard to health reforms across Canada, seniors' perceptions of the health system, and the issues of greatest importance to seniors and their caregivers about our health system.

This document, the report of Part II of the project, provides a framework for evaluating the impact of health reforms on seniors. It also provides a series of questions and key indicators which could be used by those conducting an evaluation as a "menu" of items from which they could select the set of questions and indicators with the greatest relevance to their particular study. The report of Part III of the project provides a "how to" evaluation guide for community agencies that may wish to conduct an evaluation of the impacts of health reforms on seniors in their communities.

2. ANALYZING HEALTH CARE REFORMS: A STRUCTURE, PROCESS AND OUTCOME APPROACH

2.1 Introduction

Health reforms in Canada have been, and are, of a wide and sweeping magnitude. The reforms encompass the whole system of health care delivery. They do not constitute tinkering at the margins, or a focus on one component of the system. They relate to fundamental matters such as legislation and governance and the way the service delivery system is organized and administered.

Given the wide sweep of reforms, it is proposed that the analytical framework for evaluating reforms adopt a structure, process and outcome model of analysis.[2] It appears that those adopting reforms have focused on structure and process and assumed that such reforms would lead to better outcomes. One needs to document structure and process-related reforms and to apply logical analysis to determine how changes in structure and process will lead to improved outcomes.

Table 1 presents an overview of the six major components of the conceptual model of the relationships between structure, process, and outcome.[3] It indicates the major headings for each component and the specific areas of inquiry which will need to be addressed in any evaluation of health care reforms. The following section provides an overview of some of the key issues and questions which would need to be addressed in an evaluation of health reforms. For convenience, the term New Health Authority (NHA) will be used to describe the service delivery unit in a reformed system. This term will be used to describe geographically based multi-sectorial health organizations such as Regional Health Boards (RHBs), Integrated Health Systems (IHSs), Primary Care organizations, and other such integrated models of service delivery.

TABLE 1: The Structure, Process and Outcome Model of Analysis

CONCEPTUAL MODEL		
Structure	Process	Outcome
1. The Structural Aspects of Reforms: Legislation and Governance • Legislative Basis of Reforms • Governance • Geographic Boundaries	**2. Processes Related to Administration and Service Delivery** • Accountability Mechanisms • Labour Relations • Planning • Information Management • Quality Assurance	**4. Social, Political and Administrative Outcomes** • Greater Democratization • Public Acceptance of Regionalized Models • All Party Acceptance of Reforms • Regionalization Strategies • Implementation of Reforms
	3. Processes Related to Financing and Resource Allocation • Resource Allocation Methodologies • Cross Boundary Issues • Incentive Systems • Freedom to Raise Revenues	**5. Economic and Resource Allocation Outcomes** • Operating Efficiency • Placement of Clients • Inter-provider Movement of Clients
		6. Health Outcomes • Impacts on Key Health Indicators • Impacts on Systems Efficiencies • Equity in Resource Allocation • Impacts on Physicians

2.2 The Structural Aspects of Reforms: Legislation and Governance

2.2.1 The Legislative Basis of Reforms

As one moves to a reformed model of health care delivery, legal vehicles must promote the clear demonstration of authority, power, roles, responsibilities, and accountabilities inherent in such functions as planning, management, delivery, funding/resource allocation and revenue generation. The legislative packages creating the new service delivery structures should be analyzed to determine if they reflect clear goals and objectives. Legislation, regulations, orders-in-council, and other pertinent documents should be analyzed. Investigators should assess whether expected outcomes have been achieved through the legislative models that particular governments have adopted, i.e., determine the logic chain between legislation and outcomes.

2.2.2 Governance

One will need to address the fundamental questions of governance structures and who has responsibility for what. How are responsibilities divided among provincial governments, the New Health Authorities (NHAs), individual institutions, and individual clients and providers? Are exceptions made for religious organizations and service clubs? What happened to the previously existing Boards of third-party agencies and hospitals? How is the membership of the New Health

Authorities or other multi-sector agencies determined, e.g., election, appointment? What authority do boards have over hiring and firing? What other powers have been delegated? What services have been transferred to the NHAs? What is the range of permissible variation of health services across geographic units in light of the Canada Health Act? Are tertiary services such as teaching hospitals and cancer clinics regionalized? What changes have occurred in the structures and responsibilities of provincial Ministries of Health?

2.2.3 Geographic/Population Boundaries

One will need to determine the appropriate size of the geographic boundaries adopted and the rationales for adopting the set of boundaries. Also, one will need to identify the size of populations if a rostering system is involved in which individuals sign up with a given NHA to receive services. One should attempt to determine how boundaries are defined, what their optimal size is, and what the minimum efficient scale is for service delivery. The issue of boundaries may be more critical for Primary Care models and IHS models than for regional models in regard to adequacy of size, transfers between geographic entities and so on. The questions may become even more complex if rostering of individuals, rather than geographic boundaries, is used to define the populations linked to the different NHAs.

2.3 Processes Related to Administration and Service Delivery

2.3.1 Accountability Mechanisms

One will need to address how accountability mechanisms have changed as a consequence of reforms. Who is now accountable to whom and for what? What mechanisms are used to ensure accountability? What kinds of accountability related information and data are collected, and by whom? What is the public's perception of accountability?

2.3.2 Labour Relations and Human Resources

One will need to review what changes in previous labour relations practices have taken place due to reforms. What types of labour accords have been struck between government, the NHAs, and the unions? How have transfers of staff been accomplished? Has there been a change in the number of unions or union locals? On what basis were differences in pay scales resolved when staff from different unions were amalgamated into one organization? Was it possible to obtain qualified managers, planners, and other professional staff for smaller and more isolated areas?

2.3.3 Planning

One will need to review changes regarding who has responsibility for what types of planning as a consequence of health reforms. To what extent do the NHAs have planning authority? Are their plans considered to be recommendations or blueprints for action? What types of plans, if any, had to be produced before the authority for service delivery was transferred to Regional Health Boards, IHSs, or Primary Care organizations?

2.3.4 Information Management

One will need to review how information is processed and managed. Have province-wide, central information systems remained in place after reform? If so, in what form? How are data and information shared between provincial governments and the New Health Authorities? Has there been an impetus for NHAs to develop their own information systems? Have innovative technological solutions been found to problems of sharing data? Has freedom of information and protection of privacy legislation constrained the sharing of client specific data in any way? Who are the owners and stewards of the data in a reformed system? What mechanisms have been adopted to ensure the confidentiality of client data?

2.3.5 Standards and Quality Assurance

One will need to address the issue of service quality in a reformed system. What standards and quality assurance mechanisms were in place prior to reforms, and what mechanisms are in place after? Has quality control increased or decreased as a consequence of reforms? Has it been possible to develop and maintain provincial service quality standards, and consistent standards enforcement, across regions? Have the NHAs started to develop their own standards and quality assurance mechanisms? What is the role of accreditation by national bodies in a reformed system?

2.4 Processes Related to Financing and Resource Allocation

2.4.1 Resource Allocation

One will need to determine what methodologies have been adopted for resource allocation in reformed systems of health care. Are these methods based on assessments of need or on a logic of equitable allocation based on the age and sex distribution of the population? If they are based on needs, what mechanisms exist to prioritize needs, given resource limitations? What was the extent of public participation in the development of the methodology? Was a custom made methodology developed for a given jurisdiction? If so, why? What are the ethical principles which underlie the methodology? Is the methodology comprehensive or are sub-methodologies used for different types of services, e.g., hospitals versus public health?

2.4.2 Cross Boundary Issues

One will need to address the topic of how cross boundary issues are handled within the respective resource allocation methodologies. If clients receive services from a provider from outside the region, or from another NHA with a rostered population, is the resource allocation to the "home" NHA reduced, and by how much? Is there a disincentive for residents to seek services outside their NHA? How have NHAs balanced the goal of providing services "closer to home" with the goal of retaining the consumer's freedom to select his or her own provider? Are benefits portable across NHAs? Are there incentives or disincentives for RHBs, IHSs or Primary Care organizations to provide services to consumers outside their catchment area?

2.4.3 Incentive Systems

One will need to explore the explicit and implicit incentive systems inherent in the different resource allocation methodologies. Does the methodology reward efficiencies in service provision? Does it eliminate or reduce inappropriate service provision? Does it enhance coordination across sectors? Does it provide an incentive for providers not to offer services that cannot be economically provided in a region? Does it shift resources to community and preventive services and to health promotion? Are health care providers responding to the implied incentives? Is the response what was anticipated or intended?

2.4.4 Freedom to Raise Revenues and Allocate Expenditures

One will need to focus on the extent to which RHBs, IHSs or Primary Care organizations have the freedom to raise revenues and allocate expenditures as they see fit. Are providers able to raise any form of revenue, in any jurisdiction, in Canada? If so, how is this done? If not, why was the decision made not to allow providers to raise revenues? Do providers receive an overall envelope or are funds pre-allocated to individual health service sectors? Is there a minimum set of core services which must be provided by all providers? If funding is "pre-allocated" to different sectors, can providers override this allocation, how, and by how much? Do provincial governments mandate a mechanism to be used by providers to allocate resources to agencies in a region or can they develop their own approach? Can provincial governments override resource allocation decisions made by providers? If so, what are the mechanisms which would be used and what are the likely repercussions?

2.5 Social, Political and Administrative Outcomes

2.5.1 Greater Democratization

A variety of techniques should be used to determine the extent of public participation in local decision making about health care services. Seniors should be asked about whether or not they feel they have more say about how services are delivered at the local level after the implementation of reforms. Respondents should be asked if they believe politicians, administrators and Boards are more responsive to local needs after reforms.

2.5.2 Acceptance of Reform Models by the Public

One may wish to use focus groups and survey techniques to determine the extent to which the public is aware of changes due to reforms and whether the public sees the changes in a positive or negative light. Respondents should be asked a series of questions to gauge their knowledge of health reform, whether, in their minds, it has positively or negatively affected service delivery, whether or not it has had a direct impact on them, and whether they think they are better or worse off than they were before the reforms were implemented.

2.5.3 All Party Acceptance of Reforms

One will need to determine what the position of each political party in a given jurisdiction was to reform. A determination should be made as to whether or not such positions have changed after the implementation of reforms. An analysis should be conducted to determine the extent to which the NHAs have been "captured" by special interest groups opposed to the government and/or by opposing political parties. If there are changes in government through an election, the actual impacts on the process of reform should be studied.

2.5.4 Strategies for Regionalization

One will need to enquire into the rationale for why a given model of health reform was adopted. One should look at what strategies were developed to maximize the positive benefits of regionalization, such as cost control and greater democratization, and to minimize the impacts of the possible negative effects of reforms. For jurisdictions which have chosen to engage in reforms, the reasons for this decision should be documented. An analysis should be conducted on how key actors assess the effectiveness of the strategies adopted.

2.5.5 Implementation of Reforms

One will need to consider how effectively reforms were implemented and whether or not reforms were actually implemented as originally planned. If not, why not? One should also address issues such as the time it took to implement reforms, the process which was used, and the extent of public participation in the reforms. Analysis should be conducted to determine what implementation strategies were used, why they were chosen, and how successful they were.

2.6 Economic and Resource Allocation Outcomes

2.6.1 Operating Efficiency

Health reforms may bring greater diversity within and between provincial health care systems. The consequences of these natural experiments should be examined with respect to their impacts on operating efficiencies. The operating costs per unit of output for hospitals, nursing homes, home care agencies, and other services should be examined to determine the impacts of the introduction of reforms. An analysis of overall cost impacts and the cost of administration in the NHAs should also be conducted. The analysis of the consequences of introducing alternative reimbursement practices is of particular interest.

2.6.2 Placement of Clients

Administrators of the NHAs have the opportunity to better coordinate activities. Their success in this regard may be measured by changes in the level of severity of cases in hospitals, nursing homes, and home care agencies, i.e., severity may increase in the institutional settings because more clients can be "placed" into home care to receive services. Attempts should be made to quantify the costs of the success, or failure, of such initiatives.

2.6.3 Inter-provider Movement of Clients

Administrators of the NHAs may be able to shorten lengths of hospital stays by moving clients to more appropriate care placements, such as nursing homes or home care. The flows of clients between hospitals and nursing home units should be examined. In relation to hospital lengths of say (including long stay cases), this analysis should provide an indication of whether resources are moving to more appropriate alternative levels of care and of the cost savings which have been achieved.

2.7 Health Outcomes

2.7.1 Impacts on Key Health Indicators

It is unlikely that changes in health status that are related to health reforms will be of sufficient size to demonstrate interprovincial and interregional changes in overall population health status within a three to five year time frame. However, intermediate measures of health outcomes (e.g., readmission rates and infection rates for hospitals, and rates of increase in service needs in Long Term Care facilities) may give some indication of health outcomes associated with various types of health system reforms. These and other measures should be studied to determine the extent to which reforms have had an impact on the health status of the population.

2.7.2 Impacts on Systems Efficiencies

One will need to determine the extent to which there has been an increase in systems efficiencies due to reforms. Correlation analysis could be conducted on the extent to which services are related to each other in a systemic way. By comparing the extent to which services are above or below provincial norms, one can determine if certain substitution effects are in play before and after reforms. For example, if there are fewer Long Term Care beds in a region after reforms, is there relatively more Home Care? Has there been a general shift from residential to community services? A comparative analysis of such systems based efficiencies should be conducted before and after reforms, and across jurisdictions which have, and have not, adopted reforms.

2.7.3 Equity in Resource Allocation

One will need to determine if there is greater equity in the allocation of resources after reform. For example, a typical resource allocation pattern is one in which some jurisdictions have relatively more of everything and others have less. These are patterns derived from historic resource allocation practices. Under reform, has there been a decrease in this type of relative inequity? Have previously disadvantaged groups received an increase in health services? Has there been a shift to needs based models of resource allocation?

2.7.4 Impacts on Physicians

One will need to review how physicians and other fee-for-service providers have been affected by reforms. The methods by which such professionals are paid, and the way in which they relate to the rest of the health system, could have significant impacts on care outcomes. For example, salaried physicians working in clinics may see fewer clients than fee-for-service providers, thus reducing potential access to the system. However, they may spend more time with clients and prevent future illness, thus reducing care needs by providing more holistic care. Have these providers been regionalized, i.e., are they now funded through the new NHAs? If so, in what manner? If not, why not? How do changes to hospital governance impact on fee-for-service practice patterns and the care

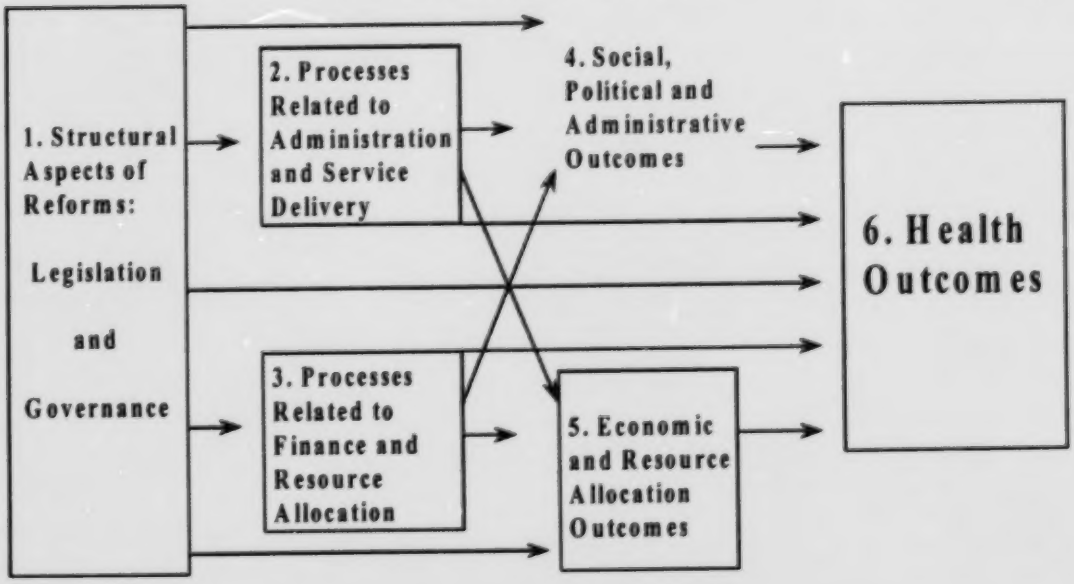
of clients? What are the perceptions of physicians and other fee-for-service providers in regards to whether reforms have had a positive or negative impact on the provision of care to their clients?

2.8 Integration of the Six Components of the Analytical Framework

Figure 1 presents a schematic of the relationship between the six components of the structure, process and outcome model discussed above. Structure provides the basic infrastructure or foundation for the model, i.e., the legislative basis and governance arrangements which underpin the whole service delivery system. The two process boxes represent the operational aspects of how services are actually delivered. Structure and process have an impact on outcomes. There are threeboxes related to outcomes. The social, political and administrative outcomes box and the economic and resources allocation outcomes box are included because many of the goals of reform relate to these areas, e.g., greater democratization, lower cost and so on. From the perspective of seniors, the bottom line outcomes are primarily health outcomes. These may be related to health care (if reform focuses on care), and to health status (particularly if a population health type of reform is adopted)

FIGURE 1

Structure, Process and Outcome Factors in Health Reform



2.9 The Inter-Relationship Between the Analytical Framework and the Goals of Seniors

Tables 2-4 represent an integration of the values and themes expressed by seniors (as documented in the report of Part I of this project) with the structure, process and outcome model of analysis. These tables are descriptive and, to some degree, diagnostic, as they allow for an analysis of where issues of interest to seniors are clustered, and where they are not. As can be seen from Tables 2-4, the interests of seniors tend to cluster in the areas of Health Outcomes and Economic and Resource Allocation Outcomes. It is also interesting to note the important role that quality assurance and accreditation can play in the assessment of service delivery organizations.

Relatively few of the values and themes raised by seniors relate to the items covered under Social, Political and Administrative Outcomes. Issues about greater democratization, public acceptance of reforms, how they were implemented, and so on, seem to take a back seat to issues related to the quality of care and the effectiveness of how services are organized.

3. EVALUATION DESIGN

3.1 Introduction to the Evaluation Design

This chapter presents a series of key indicators and measures which can be considered for inclusion in any evaluation of the impact of health reforms on seniors. The indicators are built up from the perspective of seniors, i.e., the primary focus in developing the indicators is on seniors' goals and values for the health care system. The indicators also relate to the goals of reforms. As the goals of reforms and the goals of seniors are not always congruent, it will be necessary for anyone conducting an evaluation to clearly delineate which cluster of goals is to be studied. Where goals are somewhat congruent, it will be necessary to construct, conceptually, a logic chain between the goals of seniors and the goals of reform.

The evaluation design in this report is a kind of blueprint or map which identifies major topic areas for evaluation and identifies key evaluation questions and indicators for each of these topic areas. The tables presented later in this chapter include key questions and indicators, a summary of the possible sources of data for each key indicator, and methods which could be used to conduct the required analysis or computations. The tables also include a rationale for why each indicator was selected.

TABLE 2: Mapping the Expectations of Seniors and Their Informal Caregivers Against the Structure, Process and Outcome Model for Evaluating Reforms: *Expectations Related to Services*

Expectations of Seniors and Informal Caregivers Regarding Services	Components of the Structure, Process and Outcome Model
Effectiveness	Placement of Clients; Inter-Provider Movement of Clients; Impacts on Systems Efficiencies; Equity in Resource Allocation.
Sufficiency	Resource Allocation; Freedom to Raise Revenues and Allocate Expenditures; Equity in Resource Allocation.
Availability	Resource Allocation; Cross Boundary Issues; Incentive Systems; Placement of Clients; Inter-Provider Movement of Clients; Impacts on Systems Efficiencies; Equity in Resource Allocation.
Continuity and Predictability	Impacts on Systems Efficiencies; Equity in Resource Allocation.
Acceptability	Acceptance of Reform Models by the Public; All Party Acceptance of Reforms; Implementation of Reforms.
Flexibility and Adaptability	The Legislative Basis of Reforms; Governance; Incentive Systems.
Affordability	Operating Efficiency; Placement of Clients; Inter-Provider Movement of Clients; Impacts on System Efficiencies; Equity in Resource Allocation.
Accessibility	The Legislative Basis of Reforms; Placement of Clients; Inter-Provider Movement of Clients; Impact on Key Health Indicators.
Timeliness	Standards and Quality Assurance; Placement of Clients; Inter-Provider Movement of Clients; Impact on Key Health Indicators.
Family Centeredness	Placement of Clients; Impact on Key Health Indicators.
Control and Choice	Standards and Quality Assurance; Impact on Key Health Indicators.

TABLE 3: Mapping the Expectations of Seniors and Their Informal Caregivers Against the Structure, Process and Outcome Model for Evaluating Reforms: *Expectations Related to Service Providers*

Expectations of Seniors and Informal Caregivers Regarding Service Providers	**Components of the Structure, Process and Outcome Model**
Clear Communication	Standards and Quality Assurance; Impact on Key Health Indicators.
Caring	Standards and Quality Assurance; Impact on Key Health Indicators.
Goes the Extra Mile	Standards and Quality Assurance; Impact on Key Health Indicators.
Anticipates/Plans for Future Needs	Standards and Quality Assurance; Impact on Key Health Indicators.
Competence of Staff	Labour Relations and Human Resources; Standards and Quality Assurance; Impact on Key Health Indicators; Impacts on Systems Efficiencies.
Well Trained Staff	Labour Relations and Human Resources; Standards and Quality Assurance.
Staff Who Show Interest	Standards and Quality Assurance; Impact on Key Health Indicators.
Staff Who Make Enough Time	Standards and Quality Assurance; Impact on Key Health Indicators.
Availability of Transportation	Impact on Key Health Indicators; Impact on Systems Efficiencies; Equity in Resource Allocation.
Adequacy of Staff	Labour Relations and Human Resources; Standards and Quality Assurance.
Expanded Role For Volunteers	Labour Relations and Human Resources; Standards and Quality Assurance.

TABLE 4: Mapping the Expectations of Seniors and Their Informal Caregivers Against the Structure, Process and Outcome Model for Evaluating Reforms: *Expectations Related to the Health Care System*

Expectations of Seniors and Informal Caregivers Regarding the Health Care System	Components of the Structure, Process and Outcome Model
Coordination	Standards and Quality Assurance; Placement of Clients; Inter-Provider Movement of Clients; Impact on Key Health Indicators; Impacts on Systems Efficiencies; Equity in Resource Allocation.
Changes due to Reforms	Geographic/Population Boundaries; Accountability Mechanisms; Labour Relations and Human Resources; Information Management; Standards and Quality Assurance; Resource Allocation; Greater Democratization; Operating Efficiency; Placement of Clients; Impact on Key Health Indicators; Impacts on Systems Efficiencies; Equity in Resource Allocation; Impact of Regionalization on Physicians.
Concerns About Medications	Standards and Quality Assurance; Placement of Clients; Inter-Provider Movement of Clients; Impact on Key Health Indicators; Impact of Regionalization on Physicians.
Availability of a Range of Services	Placement of Clients; Inter-Provider Movement of Clients; Impacts on Systems Efficiencies; Equity in Resource Allocation.
Appropriate Settings for Care	Standards and Quality Assurance; Placement of Clients; Inter-Provider Movement of Clients; Impact on Key Health Indicators; Impacts on Systems Efficiencies.
Opportunities for Self-Managed Care	Standards and Quality Assurance.
Personal Responsibility for Health	Impact on Key Health Indicators; Impacts on Systems Efficiencies; Equity in Resource Allocation.

3.2 Evaluation Questions

It is important to clearly specify the questions to be addressed in any evaluation. It may be difficult to operationalize some concepts into quantifiable measures which reflect complex constructs. Thus, it may be useful to consider whether some of the concepts can be simplified or broken down into component parts for analytical purposes.

Those who will be engaged in evaluating the impacts of reforms on seniors will need to consider which areas of the analytical framework, and which goals and values of seniors, are to be studied. Once this is determined, a set of key questions or indicators will need to be developed. The indicators presented later in this chapter could serve as a useful guide or "menu" for the evaluator.

Given the findings about the interests of seniors which are documented in the report of Part I of this project, evaluators may wish to consider questions related to health services, service providers, and the health system. In terms of health services, questions could include items such as whether seniors feel that they are receiving effective service of high quality, whether services are accessible and can be obtained in a timely manner, and whether care is family focused.

Questions and indicators related to service providers could include items such as whether there is adequate and appropriate verbal and written communication by professional care providers to clients and informal caregivers, whether clients are treated with respect and dignity, and whether staff are well trained and competent. Questions related to the health system could include items such as whether services are adequately coordinated, and how appropriate and readily available health services are compared to the situation prior to reform.

3.3 Criteria for Selecting Indicators

A number of criteria have been developed to guide the selection of appropriate key indicators. These criteria typically relate to quantitative data. Nevertheless, many of the criteria are also useful as standards against which potential qualitative indicators can be assessed. If a given indicator does not meet most of the criteria, it may not be appropriate for inclusion in the study. The following is an example of one set of standards or criteria which can be used to select indicators.

- The indicators must be *useful* to decision makers.
- The indicators must be *sensitive* for relatively short time spans (i.e., values of the indicator must follow variations in the object they are designed to measure).

- The indicators must allow for *comparisons over time*--this means that the frequency of measurement must be five years or less.

- The value of indicators must show a degree of *variability* over time and space--if there are no variations over time, or from place to place, the indicator may not be informative.

- The indicators must be available on an *intraprovincial* (or *regional*) level.

- The indicators must be immediately *available*--that is, the raw data needed to calculate them must also be available.

- The indicators must be *mutually exclusive*--taken as a whole, they should not provide duplicate measures.

- The indicators must be relatively *well-recognized*, thus giving them a certain validity.

- Indicators that offer significant information *potential* might be used even though they are not well-known, not currently in use, or new.[4]

In addition to the above practical considerations, indicators should also have a number of methodological properties. These can be defined as follows:

- *Validity* - Which indicators measure most directly and accurately the outcome(s) of interest?

- *Reliability* - Which indicators are (or can be) gathered consistently year after year?

- *Clarity* - Which indicators are most easily understood by decision makers, service providers, and the public?

- *Timeliness* - Which indicators will give decision makers current information to inform policy and program decisions?

- *Cost* - Which indicators cost less to gather? This includes the cost of data collection systems as well as the ongoing costs of recording, analyzing and reporting data.

- *Comparability* - Which indicators are similar to those used elsewhere so that outcomes can be compared among regions or across programs?

- *Utility* - Which indicators can be used to monitor outcomes at multiple levels (province, region, community, program) and can be used by multiple audiences to make decisions?[5]

3.4 Data Sources and Methods

There is also a wide range of data sources which can be used. Population data to study trends in utilization is generally available from Statistics Canada or from provincial governments. However, provinces may use different geographic regions than those used by Statistics Canada, and thus data may not always be readily available in accordance with provincial level geographic regions. In addition, there may be significant charges for the acquisition of data.

Provincial governments typically have a wide range of administrative data bases which have client level data, financial data, and data on service providers. It may be possible to access these data bases. However, there may be a charge for obtaining the data, and the data may not always be available in an appropriate form. There will also be issues around the confidentiality of data which will need to be negotiated.

It will also be possible to conduct surveys directly to obtain the views of seniors on particular issues. Statistics Canada has developed a number of surveys which can serve as useful models. Permission may be required from Ministries of Health, Regional Boards and/or service delivery agencies to conduct surveys of individuals receiving care. There will also be confidentiality issues which will need to be negotiated. Conducting surveys can involve significant monetary costs. An alternative may be to hold a series of focus groups to obtain information on the needs of seniors or their perceptions about services.

3.5 Design of Summary Tables

This section constitutes an extended listing of indicators which could be used, in whole or in part, in conducting an evaluation. The listing is organized into three parts: seniors' expectations regarding services, seniors' expectations regarding service providers, and seniors' expectations regarding the health system. While the indicators listed constitute a menu of possible items which could be used in an evaluation, the actual indicators, data sources and methods selected will depend on the scope of the evaluation undertaken and the resources which are available.

The following three tables (Tables 5-7) focus on evaluating reforms from the perspective of seniors. The measures in these tables are largely oriented to health outcomes (section six of the analytical framework). The analytical framework has five other sections related to structure, to process, and

to social, political and economic outcomes. Those conducting evaluations may also have an interest in studying these matters as part of their evaluation plan. Therefore, a series of tables on these other topic areas and on related key questions, indicators, data sources, and methods are also presented (Tables 8-12). A rationale section has not been included in these tables as rationales for most of the measures have already been addressed in this report.

TABLE 5: ***Indicators Related to Services***

Question	Indicator(s)	Rationale	Data Sources and Methods
Do seniors receive effective, high quality services?	• Ratings of seniors and their informal caregivers for each type and sub-type of service, on a five point scale, in regard to their satisfaction with services.	This indicator provides seniors' and caregivers' views of the question.	Survey Research Focus Groups Public Consultations Comparisons across NHAs and to provincial average
	• Amount of time spent by staff with clients, and the quality of that time, by type of service.	This indicator provides information on how much time staff spend with seniors and the perceived quality of that time.	Interviews Workload Measurement Studies Focus Groups
	• Percentage of services which are accredited, by type of service.	National or provincial quality assurance and accreditation procedures provide some measure of assurance of quality.	Inspection of Documents Interviews Comparisons across NHAs and to provincial average
	• Percentage of staff with appropriate professional credentials, by type of service.	This indicator gives an indication of the quality and professional credentials of staff.	Inspection of Documents Interviews Comparisons across NHAs and to provincial average
	• Percentage of clients, by level of care, whose health or care level improves, remains constant, or deteriorates over a one year period in facilities and home care.	Continuing Care is essentially a care based system; thus, an important goal is to maintain clients at their optimum level of functioning for as long as possible.	Clinical Data
	• Percentage of clients with a clear care plan and clearly stated objectives for care in all forms of care services.	Documented care plans with clearly stated goals are an indication of proper, professional, and client focused care.	Clinical Data
	• Percentage of clients in community based, residential and home based care who are admitted to an acute care hospital.	This measure will allow for a better comparison of the cost-effectiveness of community versus residential care across the range of non-acute services and may flag problems if home based clients are not cared for adequately or have care needs beyond what can be handled in the community.	Clinical Data
	• Percentage of falls or other reported problem incidents in hospitals and institutional care.	Incident reporting around matters such as falls is very important as a measure of quality of care, particularly when rates are compared across NHAs or agencies.	Clinical Data

Question	Indicator(s)	Rationale	Data Sources and Methods
Do seniors have adequate and sufficient services?	• Ratings of seniors and their informal caregivers on a five point scale of the extent to which services seem to be sufficient and adequate, by type of service.	This indicator provides seniors' and caregivers' views of the question.	Survey Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
	• Service units for each type, and sub-type, of service by NHA such as: - GPs per 1,000 pop - Specialists, by category, per 1,000 pop - Hospital beds per 1,000 pop - Long Term Care Facility beds per 1,000 pop, 65 years of age or older - Acute psychiatric beds per 1,000 pop - Geriatricians per 100,000 pop 65 years of age or older - Average homemaker hours by level of care - Group home spaces per 1,000 pop, 19 years of age or older - Adult Day Care spaces per 1,000 pop, 65 years of age or older - Average Home Nursing and Rehabilitation hours/visits by level of care for longer term clients - Number of hours of nursing, rehabilitation, and homemakers per 1,000 pop, 65 years of age or older	Utilization comparisons provide a good picture of service volumes, but it should be noted that not all services provided may actually be needed.	Ministry and NHA Data Comparisons across NHAs, to provincial average and across provinces. Comparisons to standards deemed appropriate by a panel process
	• Staff to client ratios within hospital and institutional services, overall and for professional staff, ancillary staff and administrative staff, by level of care or case mix indicator.	Staffing comparisons are useful in that two NHAs may have the same number of beds, but their bed to staff ratios may differ even after the care needs of clients have been accounted for.	Ministry and NHA Data Comparisons across NHAs, to provincial average, across provinces and internationally

Question	Indicator(s)	Rationale	Data Sources and Methods
Are services available and accessible and provided at a time that is suitable for the client?	• Ratings of seniors and their informal caregivers on a five point scale of the availability, accessibility and timeliness of services, by category of service, e.g., hospital, Home Care, adult day care centres.	This indicator provides seniors' and caregivers' views of the question.	Surveys Focus Groups
	• Waiting times in institutions by key services such as eating, bathing, toileting, relief of pain.	This indicator focuses on a key care issue for seniors, i.e., provision of basic services related to physical functioning.	Interviews Focus Groups Participant Observation
	• Perceived appropriateness of the times at which services are provided.	This indicator focuses on the suitability to seniors of when services are provided, i.e., whether services are provided to meet agency needs or the needs of seniors.	Interviews Focus Groups
	• Lengths of waiting lists, and waiting times, on average and by facility or professional care provider (e.g., specialist physician) for all types of services, e.g., waiting list and length of wait for heart surgery, for admission to LTC facilities, mental health community residences, adult day care services, homemaker services and so on.	Waiting lists may be inflated with people on the list who do not need services immediately, but they are still a useful comparative measure.	Ministry Data Comparisons, by type of service, across NHAs, to provincial average and across provinces
	• Percentage of clients and families who experience no delays or very modest delays in access to services, by type of service.	This indicator gives a sense of what proportion of clients are receiving prompt service.	Ministry Data Comparisons, by type of service, across NHAs, to provincial average and across provinces
	• Percentage of clients and families who experience delays in moving between agencies and regions, by type of service.	This may indicate systems blockages or problems with coordination.	Ministry Data Comparisons, by type of service, across NHAs, to provincial average and across provinces
	• Percentage of cases for which case managers have difficulty making referrals, by type of service.	This is a red flag indicator to note further investigation about problems in service delivery.	Clinical Notes Surveys

Question	Indicator(s)	Rationale	Data Sources and Methods
Is there an appropriate continuity of services and are the services provided predictable?	• Ratings of seniors and their informal caregivers on a five point scale of the continuity and predictability of services.	This indicator provides seniors' and caregivers' views of the question.	Survey Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
	• Number of new agencies starting per year, and old agencies closing down per year, by type of service.	This indicator gives a sense of agency level turnover or stability.	Ministry and NHA Data
	• Number of agencies with more than a 5% increase or decrease in staffing.	This is a measure of stability based on agency level growth or decline.	Ministry, NHA and Agency Data
	• Staff turnover rate, by agency, for each type of service	This is a measure of staff turnover. High turnover will mean that services may not be predictable.	Ministry, NHA and Agency Data
	• Percentage of agencies with policies to allow staff to care for the same clients over time, by type of service.	This is a measure of consistency or predictability of staff services.	Inspection of Documents

Question	Indicator(s)	Rationale	Data Sources and Methods
Are services acceptable and appropriate?	• Ratings of seniors and their informal caregivers on a five point scale regarding the acceptability and appropriateness of services.	This indicator provides seniors' and caregivers' views of the question.	Survey Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
	• Extent of client and family involvement in the selection of services (e.g. LTC facility) and the development of their care plans.	This is a measure of the extent of family involvement and family-centered care.	Clinical Notes Interviews
	• Level of satisfaction, by type of service, for clients and families regarding: - protection of confidentiality - friendliness of staff and administration - approachability of staff and administration - social events - crafts and hobbies - input into agency decision making - quality of accommodation - access to preferred staff who come into the home - timeliness of Home Care staff	These are measures of satisfaction for clients and for their informal caregivers.	Surveys Focus Groups Public Consultation
	• Percentage of clients who complain about the care provided.	This is a red flag indicator about the quality of care.	Clinical Notes
Are services flexible and adaptable?	• Ratings of seniors and their informal caregivers on a five point scale about the flexibility and adaptability of care, by type of service.	This indicator provides seniors' and caregivers' views of the question.	Survey Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
	• Percentage of seniors, and their informal caregivers, who perceive service providers to be flexible and adaptable in regard to the provision of care, by type of service.	It is important to obtain the views of seniors and of their informal caregivers about the degree of flexibility and adaptability in service provision.	Survey Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis

Question	Indicator(s)	Rationale	Data Sources and Methods
Are services affordable?	• Ratings of seniors and their informal caregivers on a five point scale about the affordability of health care services overall, and by type of service.	This indicator provides seniors' and caregivers' views of the question.	Survey Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
	• Costs of accessing care.	This indicator provides a measure of the costs to seniors of traveling to a site where care is provided.	Interviews Focus Groups
	• Analysis of the nature and amount of user fees by type of service and the extent to which such fees are reasonable.	Fees can be compared across NHAs and across provinces.	Ministry, NHA and facility Data Panel Process
Is the care that is provided family focused?	• Ratings of seniors and their informal caregivers on a five point scale, by type of service, of the extent to which care is family-focused.	This indicator provides seniors' and caregivers' views of the question.	Survey Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
	• Extent of seniors' involvement in decisions about their care.	This indicator provides a measure of the extent to which the senior is involved in family based care decisions.	Interviews Focus Groups
	• Percentage of cases with families, by type of services, in which families: - are involved in care planning - feel they can speak freely to staff - feel they can speak freely to administration - feel they can request reasonable changes to care plans - are not consulted about care decisions	This provides some context for the extent to which families are involved in care. It is a useful measure if tracked over time and across NHAs.	Survey Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis

TABLE 6: ***Indicators Related to Service Providers***

Question	Indicator(s)	Rationale	Data Sources and Methods
Are service providers reviewed by a provincial or national accreditation body on a regular basis?	Are agencies reviewed and/or accredited? (yes or no)	Almost all of the values related to services providers are typically included in a comprehensive accreditation process.	Agencies, accreditation bodies, Ministries of Health
Is the nature and quality of communication provided by care staff appropriate?	• Ratings of seniors and their informal caregivers on a five point scale, by type of service, of the quality of written and oral communication.	This indicator provides seniors' and caregivers' views of the question.	Surveys Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
	• Ratings of seniors and their informal caregivers on the clarity of written communications, by type of service, for: - description of policies - description of services - care plans - choices and options for service - care objectives for the client - rights of appeal	These are measures of the adequacy of written communications.	Surveys Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
	• Ratings of seniors and their informal caregivers of verbal communication, by type of service, for: - initial contact - choices and options for service - care planning - provision of care - discharge of planning - accessibility of staff to talk to them about issues	These are measures of the adequacy of verbal communications.	Surveys Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis

Question	Indicator(s)	Rationale	Data Sources and Methods
Are staff caring, and do they take the necessary time with clients, show an interest in clients, go the extra mile for clients and anticipate and plan for future needs?	• Ratings of seniors and their informal caregivers of staff on a five point scale, by type of service, about: - caring - taking time - going the extra mile - anticipating future needs - showing an interest in the client	This indicator provides seniors' and caregivers' views of the question.	Surveys Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
	• Ratings by seniors in care and their families, by type of service, regarding: - the caring nature of staff - the extent to which staff take the time to listen to problems and show an interest in the client - adequacy of the time spent with the client - extent to which staff seem to be rushed - extent to which the agency seems understaffed - extent to which staff go beyond the call of duty to care for the client or explain things to family - extent to which care staff look ahead and plan for the future, i.e., lining up possible placements to another agency	These are basic indicators of the extent of caring and compassion for, and interest in, the client.	Surveys Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
Are staff well trained and competent?	• Ratings of seniors and their informal caregivers on a five point scale, by type of staff and type of agency, of the competence of staff.	This indicator provides seniors' and caregivers' views of the question.	Surveys Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
	• Ratings of seniors and their informal caregivers, by type of service, regarding: - Percentage of staff with appropriate certificates, licences and so on	This is a measure of professional training.	Agency Data
	- Number of training days provided to staff for each agency, by type of staff and type of service	This is a measure of the extent to which the agency supports staff training and certification.	Agency Data
	- Existence of policies to facilitate training opportunities for staff	This is a measure of the extent to which the agency supports staff training and certification.	Agency policy manual

Question	Indicator(s)	Rationale	Data Sources and Methods
Are clients treated with respect and dignity?	• Ratings of seniors and their informal caregivers on a five point scale, by type of staff and type of agency, of the extent to which seniors in care are treated with respect and dignity.	This indicator provides seniors' and caregivers' views of the question.	Surveys Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
	• Existence, or not, of a code of ethics, policies or "client bill of rights" to ensure that clients are treated with dignity and respect.	This is a measure of the extent to which the agency has gone to ensure that clients are treated with respect and dignity.	Agency Information
Are there enough staff and volunteers in agencies to properly care for clients?	• Ratings of seniors and their informal caregivers on a five point scale, by type of agency, of the adequacy of staff and volunteers.	This indicator provides seniors' and caregivers' views of the question.	Surveys Comparisons across NHAs and to provincial average Agency staffing information
	• Comparisons of staffing levels, controlling for differences in case mix, across agencies, by type of agency.	This may be a bit complex in terms of the analysis to be conducted; it also requires that case mix classification systems are in place.	Agency data, statistical analysis
	• Ratio of volunteers to staff.	This is a comparative measure of the use of volunteers.	Agency data

TABLE 7: ***Indicators Related to the Service Delivery System***

Question	Indicator(s)	Rationale	Data Sources and Methods
Are services adequately coordinated?	• Ratings of seniors and their informal caregivers, on a five point scale, of the degree of service coordination before and after reforms.	This indicator provides seniors' and caregivers' views of the question.	Surveys Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
	• Number of hospitals with discharge planning/utilization management groups to facilitate coordination of discharges to community agencies.	This measure addresses the degree of linkage between acute hospitals and home and community based services.	Hospital Information Time Trends Analysis
	• Extent to which home and community based services are coordinated with each other, and with institutional services.	This indicator addresses the degree of coordination among community services and across the institutional-community continuum.	Panel Process Interviews Focus Groups of Seniors
	• Existence of blockages to inter-agency and inter-regional transfers, due to policy, financial incentives, or other reasons.	This measure addresses structural and process matters which inhibit coordination. If possible, it would also be appropriate to count the number of blockages.	Panel Process Interviews
	• Extent to which there is a better balance and mix of services in a region after reforms.	This would be hard to determine empirically and is, therefore, measured by seniors' perceptions of the extent to which they feel there is a better mix of services.	Panel Process Quantitative Analysis

Question	Indicator(s)	Rationale	Data Sources and Methods
Are medications prescribed appropriately and are they affordable?	• Ratings of seniors and their informal caregivers of the appropriateness and affordability of medication prescribing, on a five point scale.	This indicator provides seniors' and caregivers' views of the question.	Surveys Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
	• Extent of training, on an annual basis, of physicians and other care providers about medications, their use, interactions and effects.	This is a measure of the knowledge of drugs by formal care providers.	Surveys Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
	• Number of problems recorded due to reference-based pricing.	Some seniors noted problems related to taking generic drugs.	Ministry Data Surveys
	• Average number of prescriptions for seniors by age and sex groups, and types of condition and disability.	This is a measure of overall prescribing practices for seniors.	Ministry Data Time Trends Analysis Comparison across NHAs and to provincial average
	• Proportion of seniors in care having moderate to severe side-effects from medications.	This is an indicator of the degree of discomfort of taking medications and may be a clinical trigger to review the client's medications.	Interviews Clinical Data
	• Out of pocket costs of medications.	This is a measure of costs to seniors of using medications.	Interviews Pharmacy Data
	• Extent of review of client's prescriptions by physicians and pharmacists.	This is a measure of how often the full range of medications prescribed for seniors is reviewed by their caregivers.	Surveys of Health Professionals Focus Groups with Clients

Question	Indicator(s)	Rationale	Data Sources and Methods
Are health services available and appropriate after reforms?	• Ratings of seniors and their informal caregivers on a five point scale of the overall effects of reforms for them, and of the availability and appropriateness of services.	This indicator provides seniors' and caregivers' views of the question.	Surveys Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
	• Seniors perceptions of the major benefits and major shortcomings of reforms.	This indicator is an exploration of the pros and cons of regionalization from the perspective of seniors.	Surveys Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
	• Seniors perceptions of the availability and appropriateness of services.	This is a measure of the extent seniors feel services are still available and appropriate.	Surveys Comparisons across NHAs and to provincial average Time Trends Analysis
	• Rates of service units/pop. for all types of services (i.e., are there more or fewer services after reforms?).	This is a basic measure of the resources in the health care system.	Ministry Data Time Trends Analysis and analysis across NHAs
	• Number of new types of services adopted after reforms.	This is an indicator of innovation in service delivery.	Ministry and NHA Data
	• Extent to which ancillary and socio-medical services are available before and after reforms such as: - seniors' transportation - palliative care - adult day care - assistance devices programs - friendly volunteer visitor programs - massage therapy - alarm systems - home renovations - other services	A measure of the extent to which services from other sectors have been linked to services in the health sector. Seniors need a range of services outside of health care to assist them due to their functional deficits.	Ministry and NHA Data Time Trends Analysis Comparisons across NHAs and to provincial average
	• Extent to which waiting lists for facilities, surgery, community services, and so on have been shortened, or lengthened, by type of service.	Waiting lists are an inexact measure, but it may be useful to look at trends over time.	Ministry and NHA Data Time Trends Analysis Comparisons across NHAs and to provincial average

TABLE 8: Structural Issues

Topic Areas	Question and Indicators	Data Sources and Methods
Legislation	• Does legislation exist for reforms?	Legal Analysis
	• To what extent does legislation provide a basis for clearly delineating: - goals of reform - who has what authority - accountability reporting	Legal Analysis Panel Process Inspection of Documents
	• Is legislation congruent with, and enabling of, goals of interest to seniors?	Panel Process Inspection of Documents Interviews with Officials
Governance	• How is the new system structured?	Inspection of Documents
	• To what extent do the structural arrangements at the provincial and NHA level incorporate the five best practices components for Continuing Care: - Single Entry - Coordinated Assessment and Placement - Case Management - Single Administration - Single Care Level Classification System	Panel Process Inspection of Documents Interviews
	• To what extent do structural arrangements enable better coordination of services in general?	Panel Process Inspection of Documents Interviews Focus Groups Public Dialogue
	• Does each component of the system have: - clear authority - clear responsibilities - clear boundaries on action	Panel Process Interviews Inspection of Documents
	• Does the system hold together and make sense or are there internal contradictions?	Panel Process

Topic Areas	Question and Indicators	Data Sources and Methods
Geographic Boundaries	• Does each NHA support a full range of services?	Inspection of Documents
	• What proportion of clients are transferred between NHAs and to what extent does this present a problem?	Provincial Data Focus Groups Public Dialogue Interviews

TABLE 9: Process Issues

Topic Areas	Questions and Indicators	Data Sources and Methods
Accountability Mechanisms	• Is there a clearly identified and well defined accountability reporting system?	Panel Process Inspection of Documents Interviews
	• Is there regular, clear and structured accountability reporting to the community and to seniors from: - Ministry of Health - New Health Authority - Local Service Provider - Health Professionals	Panel Process Inspection of Documents Interviews Focus Groups Public Dialogue
	• Do accountability reporting systems conform to existing standards such as the 12 attributes of effectiveness reporting outlined by the Canadian Comprehensive Auditing Foundation?	Panel Process Inspection of Documents

Topic Areas	Questions and Indicators	Data Sources and Methods
Labour Relations and Human Resources	• Has there been disruption to staff in regard to: - transfers - salary levels - job security - union affiliation - geographic relocation	Ministry Data Inspection of Documents Interviews with Officials
	• Has reform increased or decreased the number of: - front line workers - administrative staff - middle managers - senior managers	Ministry Data Inspection of Documents Time Trends Analysis
	• Has there been an increase or decrease in salary levels for senior managers?	Ministry Data
	• Has there been a change in the proportions of professionally trained and certified staff due to reforms?	Ministry Data Time Trends Analysis
Planning	• Who is responsible for what level of planning and policy formulation as a consequence of reforms?	Ministry Data Interviews Inspection of Documents
	• Are there overlaps or conflicts in authority for planning and policy formulation between the Ministry of Health and NHAs?	Panel Process Ministry Data Interviews
	• What is the quality of the plans at the Ministry and NHA levels: - are plans public - are they clear and easy to understand - do they conform to existing standards for planning documents	Panel Process Inspection of Documents

Topic Areas	Questions and Indicators	Data Sources and Methods
Information Management	• Is relatively comprehensive information collected and computerized?	Inspection of Documents
	• Is there an existing provincial-level data base for each major type of service for client data, agency data and cost data?	Inspection of Documents Interviews
	• Do the Ministry and NHAs share the same data?	Panel Process Interviews Inspection of Documents
	• Have information systems and information dissemination improved as a consequence of reforms?	Panel Process Interviews Inspection of Documents Focus Groups
	• Who are the owners and stewards of the data?	Interview Inspection of Documents
	• Are up-to-date innovations in information technology in place or being adopted?	Panel Process Interviews Inspection of Documents
Standards and Quality Assurance	• What proportion of health care agencies, by type of agency, are accredited through a national or provincial process?	Agency and Ministry Data Time Trends Analysis Comparison to Provincial Average
	• What proportion of agencies, by type, which have been accredited, have received the highest ranking over the past three years?	Agency and Ministry Data Time Trends Analysis Comparison to Provincial Average
	• What proportion of agencies post their accreditation results for public inspection?	Agency and Ministry Data Time Trends Analysis Comparison to Provincial Average

TABLE 10: Resource Allocation

Topic Areas	Question and Indicators	Data Sources and Methods
Financing and Resource Allocation	• What method(s) or formula(s) are used for allocating resources to NHAs and service provider agencies?	Inspection of Documents
	• Are the methods consistent with current best practices and expert opinion?	Panel Process Interviews Inspection of Documents
	• Are resource allocation methods acceptable to NHAs and service providers?	Panel Process Interviews Inspection of Documents
	• Did the NHAs, agencies, experts, public and seniors have input into the process of developing the resource allocation methodology?	Panel Process Interviews Inspection of Documents
	• Do the rules for reimbursement allow clients to receive the best care possible, i.e., do NHAs encourage or discourage inter-NHA transfers due to financial incentives, and is coordination of care across NHAs enhanced or at least not impeded?	Ministry Data Interviews Inspection of Documents Time Trends Analysis
	• What is the overall quality of financial reporting? Can one obtain unit costs per unit of care, per day of care, per visit and so on? Is there a fairly detailed disaggregation of data?	Panel Process Interviews Inspection of Documents
	• Who actually pays for what? To what extent are revenues raised at the local level?	Inspection of Documents

TABLE 11: Social Political and Administrative Outcomes

Topic Areas	Question and Indicators	Data Sources and Methods
Greater Democratization	• What percentage of seniors are on the Boards of NHAs?	Inspection of Documents
	• What percentages of time spent and issues raised are on matters of relevance to seniors?	Inspection of Documents and Minutes of Meetings
	• Do seniors feel that their issues are being addressed?	Panel Process Focus Groups Public Dialogue
	• Are Board meetings public and if so how many people, on average, attend?	Participation Observation Comparison Across NHAs in Province and Across Provinces
	• Are issues of importance to seniors implemented?	Panel Process Focus Groups Surveys Public Dialogue
	• What percentage of voters turn out for the election of Board Members?	Government Data
	• How many public consultations are held per year and how many individuals participate in these consultations?	Participation Observation Comparison across NHAs in Province and Across Provinces
	• Do board members have provincial level party affiliations?	Interviews Inspection of Documents
	• Do seniors have a greater or lesser input into decision making about health care services after reforms compared to before reforms?	Surveys Focus Groups Public Dialogue Panel Process

Topic Areas	Question and Indicators	Data Sources and Methods
Acceptance of Reforms by the Public	• What percentage of the public feel that the health care system is better or much better after reforms?	Surveys Focus Groups Comparisons Across NHAs and to Provincial Average
	• What percentage of the public feel they have more input, or much more input, into health services after reform?	Surveys Focus Groups Comparisons Across NHAs and to Provincial Average
	• What percentage of the public support reforms strongly or very strongly?	Surveys Focus Groups Comparisons Across NHAs and to Provincial Average
	• What percentage of the public would agree or strongly agree that we should "go back to the way we were before reforms"?	Surveys Focus Groups Comparisons Across NHAs and to Provincial Average
All Party Acceptance of Reforms	• Is there all party agreement on reforms? What differences are there across political parties regarding reforms?	Interviews Inspection of Documents
Strategies for Regionalization	• Have the goals of regionalization changed over time as part of the planning process?	Inspection of Documents Interviews
	• What steps were taken to reduce the potential negative impacts of reforms?	nspection of Documents Interviews
	• What was the logic in determining the goals of reform?	Inspection of Documents Interviews
Implementation of Reforms	• Were reforms implemented as planned? Were there any key differences between plans and the eventual reality?	Inspection of Documents Interviews
	• How much money and time were required to implement reforms?	Ministry Data Inspection of Documents

TABLE 12: Costs

Topic Areas	Questions and Indicators	Data Sources and Methods
Costs	• What are the unit costs by type of condition, care level, and type of service?	Ministry Data Cost Accounting Time Trends analysis Comparison Across NHAs and to Provincial Average
	• What are the relative contributions of staffing, inflation and case mix to increases in costs, by type of service?	Ministry Data Cost Accounting Time Trends Analysis Comparison Across NHAs and to Provincial Average
	• To what extent have staff and resources been transferred to Regional Boards or other NHAs?	Ministry Data
	• What were the costs of planning and implementing reforms, and what benefits were received?	Ministry Data Cost Accounting Cost-effectiveness Analysis
	• How did reforms impact on the total cost of the health care system?	Ministry Data Cost Accounting Cost-effectiveness Analysis

FOOTNOTES

[1]George, M.V., Norris, M.J., Nault, F., Loh, S., and Dai, S.Y. (1994). Population Projections for Canada, Provinces and Territories: 1993 - 2016. Ottawa: Statistics Canada.

[2]Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume I: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor (Mich.): Health Administration Press.

[3]This section has been adapted from a major grant application for funding an evaluation of health reforms. Some sentences and paragraphs were written by members of the team but the bulk of the text was prepared by the author of this paper. Those who prepared the materials not originally written by this author are now Associates of the Health Network of the Canadian Policy Research Networks.

[4]Working Group on Community Health Information Systems and S. Chevalier, R. Choinière, M. Ferland, M. Pageau and Y. Sauvageau, Directions de la santé publique, Québec. (1995). Community Health Indicators. Definitions and Interpretations. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

[5]B.C. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. (1996). Framework for monitoring and reporting health outcomes: A guide for Regional Health Boards. Victoria: Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors.

CPRN RCRPP

Évaluation des incidences des réformes des soins de santé sur les aînés

Partie II : Un modèle d'analyse des réformes des soins de santé s'inspirant d'une approche axée sur la structure, le processus et les résultats

Rapport préparé pour le Conseil consultatif national sur le troisième âge

Décembre 1997

Health Network
Réseau de la santé

CPRN RCRPP

Évaluation des incidences des réformes des soins de santé sur les aînés

Partie II : Un modèle d'analyse des réformes des soins de santé s'inspirant d'une approche axée sur la structure, le processus et les résultats

Rapport préparé pour le Conseil consultatif national sur le troisième âge

par Marcus J. Hollander

Décembre 1997

Health Network
Réseau de la santé

Réseaux canadiens de recherche portant sur les politiques
841, chemin Fairfield
Victoria (Colombie-Britannique)
V8V 3B6

RÉSUMÉ

Compte tenu des incidences possibles des réformes des soins de santé et du peu d'évaluations dont elles ont fait l'objet jusqu'ici, le Comité consultatif national sur le troisième âge (CCNTA), par l'entremise de son Comité de la recherche et des questions spéciales, a demandé que soit réalisé le présent projet, intitulé « Évaluation des incidences des réformes des soins de santé sur les aînés », dont l'objectif est le suivant :

> concevoir un cadre d'analyse afin de définir les questions d'évaluation et les indicateurs appropriés pour évaluer les incidences des réformes de l'organisation et de la structure des soins de santé sur la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des soins de santé dispensés aux aînés et à leurs familles.

Trois grands documents devaient en découler : un rapport de synthèse sur les réformes régionales au Canada et sur les points de vue des aînés à propos du système de santé (partie I); un rapport décrivant un cadre d'analyse et les indicateurs clés permettant d'évaluer les incidences des réformes des soins de santé sur les aînés (partie II); enfin, un guide d'évaluation dont pourraient se servir les organisations locales pour mener leurs propres évaluations (partie III). Le présent rapport contient les résultats de la partie II du projet, soit le cadre d'analyse et les indicateurs clés permettant d'évaluer les incidences des réformes des soins de santé sur les aînés.

Aux fins du présent projet, nous avons dressé un cadre d'analyse fondé sur un modèle de structure, de processus et de résultats. Nous l'avons ensuite combiné aux points de vue et aux valeurs des aînés quant à ce qui constitue un système de santé convenable (sujet abordé dans le rapport de la partie I). Le cadre conceptuel intégrant les valeurs des aînés nous a guidés dans la formulation des questions et indicateurs clés figurant dans le présent rapport. Ces questions et indicateurs peuvent d'ailleurs servir d'outil de référence pour les futures évaluations des incidences des réformes de santé sur les aînés.

Le tableau 1 donne un aperçu des six principaux éléments du modèle conceptuel. Il précise également les grandes rubriques de chaque élément ainsi que les domaines que devrait aborder une évaluation des réformes des soins de santé.

Tableau 1 : Le modèle adopté pour l'analyse - axé sur la structure, le processus et les résultats

MODÈLE CONCEPTUEL		
Structure	Processus	Résultats
1. **Aspects structurels des réformes : mécanisme législatif et régie** • Fondement législatif des réformes • Régie • Limites géographiques	2. **Processus liés à l'administration et à la prestation des services** • Mécanismes de responsabilité • Relations de travail • Planification • Gestion de l'information • Assurance de la qualité	4. **Résultats sociaux, politiques et administratifs** • Démocratisation accrue • Acceptation de la régionalisation par le public • Acceptation des réformes par tous les partis • Stratégies de régionalisation • Implantation des réformes
	3. **Processus liés aux finances et à l'affectation des ressources** • Méthodes d'affectation des ressources • Problèmes intersectoriels • Mécanismes d'incitation • Liberté de produire des revenus	5. **Résultats sur les plans de l'économie et de l'affectation des ressources** • Efficience du fonctionnement • Placement des clients • Déplacement des clients entre les différents fournisseurs
		6. **Résultats en matière de santé** • Effets sur les principaux indicateurs de la santé • Effets sur les économies des systèmes • Équité dans l'affectation des ressources • Effets sur les médecins

Nous nous sommes rendu compte que les buts des réformes et ceux des aînés ne coïncident pas toujours. Quiconque procédera à une évaluation devra donc délimiter clairement le groupe de buts à étudier. Lorsqu'ils coïncideront quelque peu, il faudra établir un lien logique entre ceux des aînés et ceux des réformes.

Le présent rapport traite brièvement des critères qui devraient guider la sélection des indicateurs ainsi que des attributs méthodologiques que les indicateurs devraient avoir, tels que la validité et la fiabilité. Le tableau 2 présente les principales questions à formuler pour effectuer une évaluation.

TABLEAU 2 : Questions clés pour évaluer les incidences des réformes des soins de santé sur les aînés

Questions liées aux services	Questions liées aux fournisseurs de services	Questions liées aux systèmes de prestation des services
Les aînés reçoivent-ils des services efficaces et de grande qualité? Les services que reçoivent les aînés sont-ils adéquats et suffisants? Les services sont-ils disponibles et accessibles et peuvent-ils être obtenus en temps opportun? Y a-t-il une continuité appropriée entre les services et les services fournis sont-ils prévisibles? Les services sont-ils acceptables et appropriés? Les services sont-ils souples et adaptables? Les services sont-ils abordables? Les soins prodigués sont-ils axés sur la famille?	Est-ce qu'un organisme provincial ou national d'agrément procède régulièrement à une vérification des fournisseurs de services? Est-ce que la nature et la qualité des communications assurées par le personnel soignant sont appropriées? Est-ce que le personnel est bienveillant, consacre le temps nécessaire aux clients, s'intéresse à ces derniers, en fait plus que ce qui lui est demandé pour les clients et anticipe les besoins à venir de ceux-ci? Le personnel est-il bien formé et compétent? Les clients sont-ils traités avec respect et dignité? Les organismes disposent-ils de suffisamment d'employés et de bénévoles pour dispenser les soins aux clients?	Les services sont-ils bien coordonnés? Les médicaments sont-ils prescrits de façon appropriée et sont-ils abordables? Les services de santé sont-ils disponibles et appropriés après les réformes?

Nous avons inclus des tableaux sommaires à la fin du présent rapport, qui correspondent à ces questions clés; on y trouve aussi des sources de données possibles et des méthodes de collecte ainsi que la justification de chacun des indicateurs. Le tableau 3 de ce résumé en donne un exemple. Les tableaux 5 à 7 du rapport principal utilisent ce format pour présenter les préoccupations des aînés, par rapport aux résultats de santé espérés. Les tableaux 8 à 12 ont trait aux questions clés portant sur l'évaluation d'autres éléments du cadre d'analyse suggéré pour évaluer les réformes des soins de santé.

TABLEAU 3 : Échantillon de questions et d'indicateurs clés

Question	Indicateur(s)	Méthodes et sources de données	Justification
Les aînés reçoivent-ils des services adéquats et suffisants?	• Cotation par les aînés, sur une échelle de cinq points, de la mesure dans laquelle les services sont suffisants et adéquats	Enquête Comparaisons entre les NAS * et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur révèle les opinions des aînés sur la question.
	• Unités de service par population de chaque type et sous-type de service au sein de chaque NAS, par exemple : - généralistes par 1 000 h. - spécialistes, par catégorie, par 1 000 h. - lits d'hôpitaux, par 1 000 h. - lits en établissements de soins de longue durée, par 1 000 h. de 65 ans et plus - lits pour soins psychiatriques actifs par 1 000 h.	Données des ministères Comparaisons entre les NAS, avec la moyenne provinciale et entre les provinces Comparaisons avec les normes jugées appropriées par un groupe d'experts, p. ex., 2,25-3,00 lits d'hôpitaux par 1 000 habitants, 50-60 lits par 1 000 habitants de 65 ans et plus dans les établissements de longue durée	Les comparaisons d'utilisation donnent un bon aperçu des volumes de service mais il importe de souligner que ce ne sont pas tous les services offerts qui sont réellement nécessaires.
	• Rapports personnel-clients au sein des services hospitaliers et en établissement, de façon globale et pour le personnel professionnel, le personnel auxiliaire et le personnel administratif, selon le niveau de soins ou les indicateurs de composition de la clientèle	Données des ministères Comparaisons entre les NAS, avec la moyenne provinciale, entre les provinces et à l'échelle internationale	Les comparaisons relatives au personnel sont utiles étant donné que deux NAS peuvent avoir le même nombre de lits mais des rapports personnel-clients différents même après que l'on ait tenu compte du niveau d'acuité des clients.

* *L'acronyme NAS utilisé dans le tableau fait référence à « nouvelle autorité de la santé » c.a.d. toute nouvelle organisation ou agence mise en place récemment dans le cadre des réformes du système de santé ; il peut s'agir d'un conseil régional, d'un service de soins primaires ou d'un système de santé intégré.*

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier les membres du Comité de la recherche et des questions spéciales du Conseil consultatif national sur le troisième âge et le personnel de la Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada de l'aide et des conseils qu'ils nous ont fournis dans le cadre du présent projet.

Nous aimerions aussi souligner les contributions du personnel et des entrepreneurs du Réseau de la santé des Réseaux canadiens de recherche portant sur les politiques, de même que remercier M. Anthony Beks et M[me] Elizabeth Walker de leur aide pour la production du présent rapport.

TABLE DES MATIÈRES

Page

Résumé i
Remerciements v
Table des matières vi

1. INTRODUCTION 1

2. ANALYSE DES RÉFORMES DES SOINS DE SANTÉ: une approche axée sur la structure, le processus et les résultats 3

2.1 Introduction 3

2.2 Aspects structurels des réformes : mécanisme législatif et régie 4
2.2.1 Fondement législatif des réformes 4
2.2.2 Régie 5
2.2.3 Limites géographiques et démographiques 5

2.3 Processus liés à l'administration et à la prestation des services 5
2.3.1 Mécanismes de responsabilité 5
2.3.2 Relations de travail et ressources humaines 6
2.3.3 Planification 6
2.3.4 Gestion de l'information 6
2.3.5 Normes et assurance de la qualité 6

2.4 Processus liés aux finances et à l'affectation des ressources 7
2.4.1 Affectation des ressources 7
2.4.2 Problèmes interrégionaux 7
2.4.3 Mécanismes d'incitation 7
2.4.4 Liberté de produire des revenus et de répartir les dépenses 8

2.5 Effets sociaux, politiques et administratifs 8
2.5.1 Démocratisation accrue 8
2.5.2 Acceptation des modèles de réforme par le public 8
2.5.3 Acceptation des réformes par tous les partis 8
2.5.4 Stratégies de régionalisation 9
2.5.5 Mise en oeuvre des réformes 9

2.6 Résultats sur les plans de l'économie et de l'affectation des ressources 9
2.6.1 Efficience du fonctionnement 9
2.6.2 Placement des clients 9
2.6.3 Déplacement des clients entre les différents fournisseurs 10

2.7 Effets sur la santé 10
2.7.1 Effets sur les principaux indicateurs de la santé 10
2.7.2 Effets sur l'efficience des systèmes 10
2.7.3 Équité dans l'affectation des ressources 10
2.7.4 Effets de la régionalisation sur les médecins 11

2.8 Intégration des six éléments du cadre d'analyse 11

2.9 Relation entre le cadre d'analyse et les buts des aînés 12

3. CONCEPTION D'UNE ÉVALUATION 16

3.1 Introduction à la conception de l'évaluation 16

3.2 Questions d'évaluation 16

3.3 Critères de sélection des indicateurs 17

3.4 Méthodes et sources de données 18

3.5 Conception des tableaux sommaires 19

TABLEAUX 5 - 7

Indicateurs rattachés aux services 20
Indicateurs rattachés aux fournisseurs de services 26
Indicateurs rattachés au système de prestation des services 29

TABLEAUX 8 - 12

Questions liées à la structure 32
Questions liées au processus 33
Affectation des ressources 36
Résultats sociaux, politiques et administratifs 37
Coûts 39

NOTES EN FIN DE DOCUMENT 40

1. INTRODUCTION

Se fondant sur les récits entendus et sur leur propre connaissance des changements au chapitre de la prestation des soins de santé, les membres du Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) en sont venus à s'inquiéter des conséquences de la réforme des soins de santé pour les aînés. Parmi les problèmes signalés, mentionnons des retards dans la prestation des services aux aînés, une mauvaise coordination des soins entre les différentes composantes du système de soins de santé et des employés travaillant sous pression et expédiant les aînés plutôt que de les écouter et d'être attentifs à leurs besoins particuliers.

En plus des services médicaux et hospitaliers, les aînés peuvent avoir besoin de services qui répondent à leurs besoins fonctionnels. Le défi qu'ont à relever les bénéficiaires âgés est de coordonner ce vaste éventail de services de santé et de conserver leur dignité tout en laissant d'autres personnes prendre soin d'eux. Ce sont les petites choses, comme préparer un repas, monter et descendre l'escalier, entretenir sa maison, faire sa toilette et être traité convenablement par les autres, qui confèrent de la dignité à une personne et qui posent un défi particulier aux aînés et à leurs aidants naturels. Les membres du CCNTA ont commencé à craindre un début de détérioration de la qualité des soins offerts dans le système de santé.

Compte tenu des répercussions possibles des réformes et du fait qu'elles n'aient pas été évaluées à ce jour, le CCNTA a décidé, à sa rencontre de février 1996, de demander à son Comité de la recherche et des questions spéciales d'élaborer les paramètres d'un projet visant à évaluer les incidences des réformes des soins de santé sur les aînés. Après avoir examiné un éventail de facteurs, comme les modèles de recherche possibles, le manque de méthodes d'évaluation appropriées et les contraintes financières et de temps, le Comité s'est dit d'avis que la principale contribution que pourrait à l'heure actuelle apporter le CCNTA au débat en cours sur les incidences des réformes des soins de santé consisterait, dans un premier temps, à définir sa position sur les principales questions d'évaluation.

Le Conseil a approuvé cette recommandation à sa rencontre de mai 1996 et a chargé son personnel de dresser un plan détaillé qui serait ensuite examiné et approuvé par le Comité. Dans le cadre de ces travaux, le personnel a déterminé que le but général du projet serait le suivant :

- alimenter le débat sur l'évaluation des réformes des soins de santé en définissant la position du CCNTA à propos des principales questions d'évaluation et des points qui doivent être abordés au moment d'évaluer les répercussions des changements touchant la prestation des services aux aînés.

Le personnel a donc défini comme suit l'objet précis, ou l'objectif principal, du projet :

- concevoir un cadre d'analyse afin de définir les questions d'évaluation et les indicateurs appropriés pour évaluer les incidences des réformes de l'organisation et de la structure des soins de santé sur la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des soins de santé dispensés aux aînés et à leur famille.

Le personnel a ensuite conclu des marchés avec le Réseau de la santé de Canadian Policy Research Networks, groupe national indépendant de spécialistes, et avec le Dr Elaine Gallagher de l'Université de Victoria, pour la réalisation du projet.

En mettant sur pied ce projet, le CCNTA voulait élaborer un cadre conceptuel global, de même qu'une série d'indicateurs clés, qui favoriseraient l'adoption d'une approche axée sur les aînés relativement à l'évaluation des réformes des soins de santé. Ce modèle d'évaluation pourrait ensuite être utilisé par les gouvernements, les conseils régionaux, les organismes d'aînés et d'autres intervenants pour répondre à la grande question préoccupante : les soins de santé qui découlent des réformes répondent-ils aux attentes des aînés et à celles de leurs aidants naturels?

Les membres du CCNTA songeaient également à l'avenir lorsqu'ils ont commandé ce projet, car de plus en plus d'aînés feront appel au système de soins de santé dans les années à venir. En fait, la au Canada, la population âgée augmente depuis un certain temps à un rythme plus rapide que le reste de la population. Or, d'après les prévisions, cette tendance ne fera que s'accroître lorsque les membres de la génération du baby-boom atteindront l'âge de 65 ans à compter de 2011. C'est donc dire que la façon dont le système de soins de santé dessert les aînés gagnera de plus en plus d'importance avec le temps. Par exemple, alors que le nombre de personnes de la naissance à 64 ans devrait augmenter de quelque 18,7 % entre 1996 et 2016, celui des aînés devrait gonfler de 61,1 %, soit plus de trois fois les prévisions pour les personnes de moins de 65 ans. Le taux de croissance du nombre de personnes âgées de 85 ans et plus, qui recourent nettement plus souvent aux services de santé que tout autre groupe d'âge, devrait se situer à 115 % pour la même période.[1]

L'ensemble du projet, intitulé « Évaluation des incidences des réformes des soins de santé sur les aînés », comporte trois parties. Le présent document est le fruit de la deuxième partie. Le rapport de la partie I donne un aperçu des réformes des soins de santé au Canada ainsi que des perceptions des aînés face au système de soins de santé et examine les questions liées à notre système de santé qui revêtent le plus d'importance pour les aînés et leurs aidants naturels.

Le présent document, qui est le rapport de la deuxième partie du projet, renferme un cadre permettant d'évaluer les incidences des réformes des soins de santé sur les aînés. Il contient aussi une série de questions et d'indicateurs clés que pourraient consulter les responsables d'évaluation pour choisir le jeu de questions et d'indicateurs convenant le mieux à leur travail en particulier. Le rapport de la

troisième partie consiste en un guide d'évaluation destiné aux organismes communautaires souhaitant évaluer les incidences des réformes des soins de santé sur les aînés dans leurs collectivités.

2. ANALYSE DES RÉFORMES DES SOINS DE SANTÉ : UNE APPROCHE AXÉE SUR LA STRUCTURE, LE PROCESSUS ET LES RÉSULTATS

2.1 Introduction

Les réformes des soins de santé au Canada ont été et sont toujours radicales et d'une grande envergure. Elles embrassent tout le système de prestation des soins de santé. Elles ne font pas qu'effleurer les extrémités ou toucher un seul élément du système. Elles s'attaquent à des questions fondamentales, telles que le mécanisme législatif et la régie, de même qu'à la structure et à la gestion du mode de prestation des services.

Vu l'ampleur des réformes, nous proposons de les analyser selon un modèle de structure, de processus et de résultats.[2] Il semble que les décideurs se sont préoccupés jusqu'ici de remanier la structure et le processus et ont supposé que ces changements allaient améliorer les résultats. Il faut donc documenter de telles réformes et procéder à une analyse logique pour savoir dans quelle mesure la transformation de la structure et du processus débouchera sur de meilleurs résultats. Certains analystes font la distinction entre les produits et les résultats. Ici, nous avons intégré les produits dans les résultats.

Le tableau 1 donne un aperçu des six principaux éléments du modèle conceptuel illustrant les liens entre la structure, le processus et les résultats.[3] Elle précise également les grandes rubriques de chaque élément ainsi que les domaines que devra aborder toute évaluation des réformes des soins de santé. Dans la section suivante, nous décrivons brièvement certains enjeux et questions clés à étudier. À des fins pratiques, nous utiliserons l'expression nouvelle autorité de santé (NAS) pour parler de l'unité de prestation de services à l'intérieur d'un système de soins de santé renouvelé. Elle englobe les organismes de santé multisectoriels établis sur une base géographique, tels que les conseils de santé régionaux (CSR), les systèmes de santé intégrés (SSI), les services de soins primaires et d'autres modèles semblables de prestation de services intégrés.

TABLEAU 1 : Le modèle d'analyse axé sur la structure, le processus et les résultats

MODÈLE CONCEPTUEL		
Structure	Processus	Résultats
1. **Aspects structurels des réformes : mécanisme législatif et régie** • Fondement législatif des réformes • Régie • Limites géographiques	2. **Processus liés à l'administration et à la prestation des services** • Mécanismes de responsabilité • Relations de travail • Planification • Gestion de l'information • Assurance de la qualité	4. **Résultats sociaux, politiques et administratifs** • Démocratisation accrue • Acceptation de la régionalisation par le public • Acceptation des réformes par tous les partis • Stratégies de régionalisation • Mise en oeuvre des réformes
	3. **Processus liés aux finances et à l'affectation des ressources** • Méthodes d'affectation des ressources • Problèmes interrégionaux • Mécanismes d'incitation • Liberté de produire des revenus	5. **Résultats sur les plans de l'économie et de l'affectation des ressources** • Efficience du fonctionnement • Placement des clients • Déplacement des clients entre les différents fournisseurs
		6. **Résultats en matière de santé** • Effets sur les principaux indicateurs de la santé • Effets sur l'efficience des systèmes • Équité dans l'affectation des ressources • Effets sur les médecins

2.2 Aspects structurels des réformes : mécanisme législatif et régie

2.2.1 Fondement législatif des réformes

Les instruments législatifs doivent refléter la décentralisation des pouvoirs dans le secteur des soins de santé, c'est-à-dire qu'ils doivent préciser clairement les responsables, les pouvoirs, les rôles, les responsabilités et l'obligation de rendre compte se rattachant à la planification, à la gestion, à la prestation des services, au financement, à l'affectation des ressources et à la production des revenus. Il y aurait donc lieu d'analyser l'ensemble des mesures législatives desquelles découlent les nouvelles structures de prestation des services pour voir si elles énoncent clairement les buts et les objectifs à atteindre, ainsi que les lois, règlements, décrets et autres

documents pertinents. L'étude doit pouvoir déterminer si les modèles législatifs adoptés par les différents ordres de gouvernement ont apporté ou non les résultats escomptés, c'est-à-dire qu'elle doit établir le lien logique entre les instruments législatifs et les résultats.

2.2.2 Régie

Il faudra se poser des questions fondamentales sur les mécanismes de régie et établir un clair partage des responsabilités entre les gouvernements provinciaux, les nouvelles autorités sanitaires (NAS), les établissements de santé, les clients et les fournisseurs de soins. Y a-t-il des exceptions à l'égard des organismes religieux et des clubs philanthropiques? Qu'est-il advenu des précédents conseils représentant des organismes grand public et des hôpitaux? Les membres des nouvelles autorités sanitaires et d'autres organismes multisectoriels sont-ils élus ou nommés? Les conseils sont-ils habilités à embaucher et à congédier le personnel? Quels sont les autres pouvoirs délégués? Quels services ont été cédés aux NAS? Dans quelle mesure les services de santé offerts peuvent-ils varier d'une région à l'autre à la lumière des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*? Les services tertiaires, tels les hôpitaux d'enseignement et les centres anticancéreux, sont-ils régionalisés? Quels changements ont été apportés à la structure et aux responsabilités des ministères provinciaux de la Santé?

2.2.3 Limites géographiques et démographiques

Il faudra déterminer les limites géographiques appropriées qui ont été adoptées et les raisons expliquant ces choix. Il faudra aussi cerner la taille des populations s'il y a un mécanisme d'inscription selon lequel les personnes adhèrent à une NAS pour recevoir des services. En outre, il faudrait essayer de voir comment ces limites sont définies, leur étendue maximale ainsi que l'échelle minimale d'efficience fixée pour la prestation des services. La question des limites peut se révéler encore plus cruciale dans le cas des modèles fondés sur les soins primaires et les SSI, en ce qui concerne l'à-propos de la taille des entités géographiques, les transferts de l'une à l'autre, etc. Les questions peuvent se compliquer davantage si on privilégie des listes d'inscription de personnes, plutôt que les limites géographiques, pour définir les populations rattachées aux différentes NAS.

2.3 Processus liés à l'administration et à la prestation des services

2.3.1 Mécanismes de responsabilité

Il faudra évaluer dans quelle mesure les réformes ont transformé les mécanismes de responsabilité. L'obligation de rendre des comptes incombe à qui maintenant, et à quel égard? Comment fait-on pour en assurer le respect? Quels genres de renseignements et de données ayant trait à la

responsabilité sont recueillis et par qui? Comment le public perçoit-il l'obligation de rendre des comptes?

2.3.2 Relations de travail et ressources humaines

Il faudra examiner les changements que les réformes auront entraînés sur le plan des relations de travail. Quels genres de conventions collectives ont été signées entre le gouvernement, les NAS et les syndicats? Comment a-t-on procédé pour la mutation du personnel? Le nombre de syndicats ou de sections locales a-t-il changé? Sur quoi s'est-on basé pour résoudre les écarts dans les échelles salariales lorsque les membres de différents syndicats ont été regroupés sous une seule organisation? A-t-il été possible de recruter des gestionnaires, des planificateurs et d'autres employés professionnels compétents dans les régions plus petites et plus isolées?

2.3.3 Planification

Il faudra examiner les changements que les réformes apportent pour ce qui est de savoir qui est responsable de quels types de planification. Dans quelle mesure les NAS ont-elles le pouvoir de planifier? Leurs plans consistent-ils en des recommandations ou bien en des plans directeurs? Quels genres de plans a-t-il fallu produire, le cas échéant, avant le transfert de la responsabilité de la prestation des services aux conseils de santé régionaux, aux SSI ou aux services de soins primaires?

2.3.4 Gestion de l'information

Il faudra étudier les modes de gestion et de traitement de l'information. Les systèmes centralisés d'information à l'échelle provinciale sont-ils restés en place après les réformes? Si oui, sous quelle forme? De quelle façon les gouvernements provinciaux et les nouvelles autorités sanitaires échangent-ils des données et de l'information? Les NAS ont-elles été encouragées à élaborer leurs propres systèmes d'information? A-t-on trouvé des moyens technologiques novateurs d'échanger les données? S'il y a lieu, les lois sur l'accès à l'information et sur la protection de la vie privée ont-elles gêné le partage de données intéressant particulièrement les clients? À qui appartiennent les données d'un système renouvelé et qui en a la garde? Quels mécanismes ont été adoptés pour protéger le caractère confidentiel des données sur les clients?

2.3.5 Normes et assurance de la qualité

Il faudra se pencher également sur la question de la qualité des services à l'intérieur d'un système renouvelé. Quelles normes et quels mécanismes d'assurance de la qualité étaient en vigueur avant les réformes, et quels mécanismes existent-ils après? Le contrôle de la qualité a-t-il augmenté ou diminué par suite des réformes? A-t-il été possible de formuler et d'adopter des normes provinciales concernant la qualité des services, et ont-elles été appliquées uniformément dans toutes les régions? Les NAS ont-elles commencé à définir leurs propres normes et mécanismes

d'assurance de la qualité? Dans un système renouvelé, quel est le rôle des instances nationales en matière d'agrément?

2.4 Processus liés aux finances et à l'affectation des ressources

2.4.1 Affectation des ressources

Il faudra déterminer les méthodes d'affectation des ressources qui ont été adoptées dans les systèmes de soins de santé renouvelés. Ces méthodes reposent-elles sur des évaluations des besoins ou sur un principe d'affectation équitable selon la répartition de la population par sexe et par âge? Si ce sont les besoins qui sont à la base, quels mécanismes y a-t-il pour en déterminer la priorité, compte tenu des ressources limitées? Dans quelle mesure la population a-t-elle été consultée au cours de l'élaboration des méthodes? A-t-on conçu une méthode en fonction des besoins d'un territoire en particulier? Le cas échéant, pourquoi? Quel code d'éthique sous-tend la méthode? S'agit-il d'une méthode globale ou plutôt de diverses façons de procéder selon les différents types de services, p. ex., les services hospitaliers par opposition aux services de santé publique?

2.4.2 Problèmes interrégionaux

Il faudra se pencher sur la façon dont sont réglés les problèmes interrégionaux selon chacune des méthodes d'affectation des ressources utilisées. Si les clients obtiennent des services d'un fournisseur de l'extérieur de la région, ou d'une autre NAS si ce sont des listes de clients qui prévalent, est-ce que les ressources affectées à la NAS « d'attache » sont réduites? De combien? Des facteurs dissuadent-ils les résidents d'obtenir des services en dehors de leur NAS? De quelle façon les NAS ont pu trouver un juste milieu entre le but d'offrir des services « plus près de la maison » et celui de laisser au consommateur la liberté de choisir son propre fournisseur de soins? Les avantages sont-ils transférables d'une NAS à l'autre? Existe-t-il des facteurs qui encouragent les CSR, les SSI ou les services de soins primaires à offrir des services aux consommateurs résidant à l'extérieur du secteur desservi, ou qui, plutôt, les en dissuadent?

2.4.3 Mécanismes d'incitation

Il faudra explorer les mécanismes d'incitation implicites et explicites inhérents aux différentes méthodes d'affectation des ressources. La méthode récompense-t-elle les économies réalisées dans la prestation des services? Supprime-t-elle ou réduit-elle les modes de prestation qui ne conviennent pas? Rehausse-t-elle la coordination entre tous les secteurs? Incite-t-elle les fournisseurs à ne pas offrir des services qui ne peuvent être rentables dans une région? Consacre-t-elle des ressources aux services communautaires et préventifs et à la promotion de la santé? Les fournisseurs de soins de santé réagissent-ils à ces incitations implicites? Est-ce la réaction qui été prévue ou escomptée?

2.4.4 Liberté de produire des revenus et de répartir les dépenses

Il faudra étudier dans quelle mesure les CSR, les SSI ou les services de soins primaires sont libres de produire des revenus et de répartir les dépenses à leur gré. Les fournisseurs de soins peuvent-ils produire des revenus, sous quelque forme que ce soit, dans n'importe quel secteur de compétence au Canada? Si oui, de quelle façon? Sinon, pourquoi avoir décidé d'interdire aux fournisseurs de produire des revenus? Les fournisseurs reçoivent-ils une enveloppe budgétaire globale ou les fonds sont-ils affectés d'avance à chacun des secteurs des services de santé? Tous les fournisseurs doivent-ils fournir un éventail minimal de services de base? Si les fonds sont affectés d'avance aux différents secteurs, les fournisseurs peuvent-ils dépasser cette affectation? De quelle façon? De combien? Les gouvernements provinciaux imposent-ils aux fournisseurs un mécanisme pour affecter les ressources aux organismes d'une région, ou les fournisseurs peuvent-ils définir leur propre façon de procéder? Les gouvernements provinciaux peuvent-ils annuler les décisions prises par les fournisseurs en ce qui a trait à l'affectation des ressources? Si oui, quels mécanismes seraient utilisés et quelles en sont les conséquences probables?

2.5 Effets sociaux, politiques et administratifs

2.5.1 Démocratisation accrue

Il faudrait recourir à une variété de techniques pour déterminer dans quelle mesure les gens participent au processus décisionnel local concernant les services de soins de santé. Il faudrait demander aux clients s'ils estiment avoir plus leur mot à dire sur la façon dont les services sont offerts à l'échelon local depuis l'implantation des réformes. Il faudrait demander aux répondant s'ils croient que ces réformes ont eu pour effet de sensibiliser davantage les milieux politiques, les administrateurs et les conseils aux besoins locaux.

2.5.2 Acceptation des modèles de réforme par le public

On voudra peut-être former des groupes de discussion et recourir à certaines techniques d'enquête pour déterminer dans quelle mesure la population est au courant des changements attribuables aux réformes, et si elle juge ces changements positifs ou négatifs. Il faudrait poser aux répondants une série de questions pour mesurer leur connaissance de la réforme des soins de santé et pour savoir si, à leur avis, cette réforme a nui ou profité à la prestation des services, si la réforme les a touchés directement et si les changements apportés ont amélioré ou empiré les choses.

2.5.3 Acceptation des réformes par tous les partis

Il faudra déterminer quel accueil a réservé chacun des partis politiques, à l'intérieur d'un territoire donné, à la réforme des soins de santé. Sont-ils toujours du même avis maintenant que des

changements ont été apportés? Une analyse permettrait de savoir dans quelle mesure les NAS subissent les pressions de groupes d'intérêt spéciaux opposés à l'État ou de partis politiques adverses, sinon des deux. Si le gouvernement actuel est changé suite à des élections, il faudrait étudier les effets réels sur le processus des réformes.

2.5.4 Stratégies de régionalisation

Il faudra sonder les raisons qui justifient l'adoption d'un modèle de réforme plutôt qu'un autre, et examiner les stratégies élaborées en vue de maximiser les avantages de la décentralisation des services, à savoir le contrôle des coûts et une démocratisation accrue, et de minimiser les effets négatifs que peuvent avoir les réformes. Il faudrait voir pourquoi certains secteurs de compétence ont décidé d'entreprendre des réformes. Il serait par ailleurs intéressant de savoir comment les principaux intervenants évaluent l'efficacité des stratégies adoptées.

2.5.5 Mise en oeuvre des réformes

Il faudra évaluer avec quel degré d'efficacité les réformes ont été mises en oeuvre, et si le plan conçu à cet égard a été suivi. Sinon, pourquoi? Il faudrait savoir aussi combien de temps il a fallu pour apporter les changements, la méthode employée alors et dans quelle mesure le public a participé au processus. Une analyse devrait mettre en lumière les stratégies déployées pour l'implantation des réformes, les raisons qui ont motivé ce choix et le succès obtenu.

2.6 Résultats sur les plans de l'économie et de l'affectation des ressources

2.6.1 Efficience du fonctionnement

Une réforme des soins de santé peut engendrer une plus grande diversité au sein même des systèmes de soins de santé provinciaux et entre eux. Il faudrait voir de plus près les conséquences de ces expériences naturelles sur l'efficience du fonctionnement, et examiner les coûts de fonctionnement par unité d'extrant dans le cas des hôpitaux, des foyers de soins infirmiers, des services de soins à domicile et d'autres types de services de manière à préciser l'impact des réformes. De même, il y aurait lieu d'analyser les répercussions sur les frais généraux ainsi que les coûts d'administration des NAS. Il serait en outre particulièrement intéressant d'analyser les conséquences de l'arrivée de nouvelles formes de remboursement.

2.6.2 Placement des clients

Les administrateurs des NAS ont la chance de mieux coordonner les activités. On peut juger leur succès à cet égard d'après les changements du degré de gravité des cas dans les hôpitaux, les foyers de soins infirmiers et les services de soins à domicile. Il faudrait s'efforcer de quantifier les coûts du succès ou de l'échec de pareilles initiatives.

2.6.3 Déplacement des clients entre les différents fournisseurs

Les administrateurs des NAS pourraient être plus en mesure de raccourcir la durée des séjours dans les hôpitaux et d'orienter les clients vers des services plus appropriés, tels que les foyers de soins infirmiers et les services de soins à domicile. Il faudrait étudier la question des déplacements des clients entre les hôpitaux et les foyers de soins infirmiers en fonction de la durée des séjours dans ces deux types d'établissement (y compris les séjours prolongés), ce qui devrait indiquer si les ressources sont affectées ou non à des niveaux de soins différents qui conviennent davantage et préciser les économies réalisées.

2.7 Résultats en matière de santé

2.7.1 Effets sur les principaux indicateurs de la santé

Il est peu probable que les changements dans l'état de santé de la population qui sont attribuables aux réformes des soins de santé à l'échelon régional et provincial soient suffisamment importants pour prouver que l'état de santé de l'ensemble de la population d'une province et d'une région à l'autre a changé, sur une période de trois à cinq ans précédant et suivant ces réformes. Toutefois, les mesures intermédiaires de l'état de santé des gens (taux de réadmission et taux d'infection) peuvent donner une idée des effets qu'ont eus diverses réformes dans le secteur de la santé. Il y aurait lieu d'étudier de telles mesures et d'autres encore pour déterminer l'ampleur de ces effets sur l'état de santé de la population.

2.7.2 Effets sur l'efficience des systèmes

Il faudra évaluer dans quelle mesure les réformes ont permis de rehausser l'efficience des systèmes de soins de santé. Une analyse de corrélation pourrait déterminer si les services sont liés les uns aux autres de façon systématique, et dans quelle proportion. En comparant le niveau des services offerts aux normes provinciales, il est possible de dire si certains services sont remplacés par d'autres dans les périodes qui ont précédé et suivi les réformes. Par exemple, si après les réformes, il y a moins de lits pour soins de longue durée dans une région, offre-t-on davantage de services de soins à domicile? A-t-on délaissé les services de soins à domicile pour mettre davantage l'accent sur les services communautaires? Il faudrait procéder à une analyse comparative de l'efficience des systèmes de soins de santé pour les périodes précédant et suivant les réformes, et à l'égard de tous les territoires, qu'ils aient ou non apporté des changements aux soins de santé.

2.7.3 Équité dans l'affectation des ressources

Il faudra déterminer si les réformes ont donné lieu à une répartition plus équitable des ressources. Selon le modèle type d'affectation des ressources, certains reçoivent davantage, d'autres moins, ce qu'il faut attribuer à de vieilles pratiques. La réforme des soins de santé a-t-elle permis de réduire ce genre d'injustice? Est-ce que les groupes auparavant désavantagés bénéficient aujourd'hui de

plus de services de soins de santé? Est-on passé à un modèle d'affectation des ressources fondé sur les besoins?

2.7.4 Effets sur les médecins

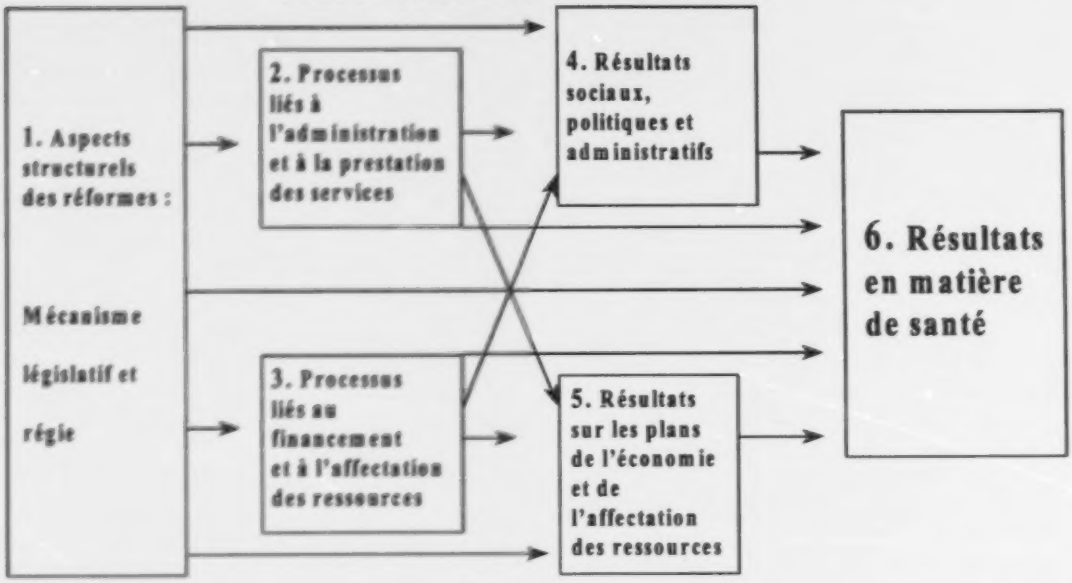
Il faudra évaluer les effets qu'ont eus les réformes sur les services que dispensent les médecins. Ces services sont-ils touchés par la régionalisation ou financés par l'intermédiaire des NAS? Si oui, de quelle manière? Sinon, pourquoi? En quoi les façons d'exercer la médecine sont-elles visées par les changements apportés au mode de régie des hôpitaux? Les médecins croient-ils que les réformes ont été profitables ou non pour leurs clients et les soins que ceux-ci reçoivent? Dans quelle mesure les réformes touchent-elles les modes de remboursement des médecins?

2.8 Intégration des six éléments du cadre d'analyse

La figure 1 illustre les liens entre les six éléments du modèle de structure, de processus et de résultats dont nous venons de discuter. La structure est constituée de l'infrastructure de base ou des assises du modèle, c'est-à-dire le fondement législatif et le mode de régie qui sous-tendent l'ensemble du système de prestation des services. Les deux cases réservées au processus représentent les aspects opérationnels de la prestation réelle des services. La structure et le processus ont à leur tour une incidence sur les résultats, qu'illustrent trois cases de la figure. Les cases portant sur les résultats socio-politiques et administratifs ainsi que sur les résultats liés à l'économie et à l'affectation des ressources sont incluses parce que beaucoup des buts de la réforme des soins de santé s'y rattachent (démocratisation accrue, réduction des coûts, etc.). Ce sont les résultats en matière de santé qui, en bout de ligne, intéressent le client. Ils peuvent être liés aux soins de santé proprement dits (si c'est là le but premier de la réforme) et à l'état de santé des gens (surtout si une réforme axée sur l'amélioration de la santé de la population est adoptée).

FIGURE 1

Liens entre les facteurs structure, processus et résultats dans la réforme des soins de santé



2.9 Relation entre le cadre d'analyse et les buts des aînés

Les tableaux 2 à 4 qui suivent illustrent la façon dont les valeurs et les thèmes exprimés par les aînés (documentés dans la Partie I de ce projet) s'intègrent au modèle axé sur la structure, le processus et les résultats qui sous-tend l'analyse. Ils sont à la fois descriptifs et, dans une certaine mesure, diagnostiques, puisqu'ils permettent d'analyser à quel endroit les questions d'intérêt pour les aînés se recoupent et à quel endroit ce n'est pas le cas. Comme le montrent ces tableaux, les intérêts des aînés ont tendance à être groupés dans les secteurs des résultats en matière de santé et des résultats sur les plans de l'économie et de l'affectation des ressources. Il est intéressant de souligner le rôle important que peuvent jouer l'assurance de la qualité et l'agrément dans l'évaluation des organismes de prestation des services.

Un assez petit nombre des valeurs et des thèmes soulevés par les aînés ont trait aux points rattachés aux résultats sociaux, politiques et administratifs. Les questions qui touchent la démocratisation accrue, l'acceptation des réformes par le public, la façon de les mettre en oeuvre, etc. semblent beaucoup moins importantes que celles liées à la qualité des soins et à l'organisation efficiente des services.

TABLEAU 2 : Valeurs et intérêts des aînés et de leurs aidants naturels par rapport au modèle axé sur la structure, le processus et les résultats qui sous-tend l'analyse des réformes - *Valeurs rattachées aux services*

Valeurs et intérêts des aînés et de leurs aidants naturels : valeurs rattachées aux services	**Éléments du modèle de structure, de processus et de résultats**
Efficaces	Placement des clients; déplacement des clients entre les différents fournisseurs; effets sur l'efficience des systèmes; équité dans l'affectation des ressources.
Suffisants	Affectation des ressources; liberté de produire des revenus et de répartir les dépenses; équité dans l'affectation des ressources.
Disponibles	Affectation des ressources; problèmes intersectoriels; mécanismes d'incitation; placement des clients; déplacement des clients entre les différents fournisseurs; effets sur l'efficience des systèmes; équité dans l'affectation des ressources.
Continus et prévisibles	Effets sur l'efficience des systèmes; équité dans l'affectation des ressources.
Acceptables	Acceptation des modèles de réforme par le public; acceptation des réformes par tous les partis; implantation des réformes.
Souples et adaptables	Fondement législatif des réformes; régie; mécanismes d'incitation.
Abordables	Efficience du fonctionnement; placement des clients; déplacement des clients entre les différents fournisseurs; effets sur l'efficience des systèmes; équité dans l'affectation des ressources.
Accessibles	Fondement législatif des réformes; placement des clients; déplacement des clients entre les différents fournisseurs; effets sur les principaux indicateurs de la santé.
Opportuns	Normes et assurance de la qualité; placement des clients; déplacement des clients entre les différents fournisseurs; effets sur les principaux indicateurs de la santé.
Axés sur la famille	Placement des clients; effets sur les principaux indicateurs de la santé.
Maîtrise et choix	Normes et assurance de la qualité; effets sur les principaux indicateurs de la santé.

TABLEAU 3 : Valeurs et intérêts des aînés et de leurs aidants naturels par rapport au modèle de structure, de processus et de résultats qui sous-tend l'analyse des réformes - *Valeurs rattachées aux fournisseurs de services*

Valeurs et intérêts des aînés et de leurs aidants naturels : valeurs rattachées aux fournisseurs de services	**Éléments du modèle de structure, de processus et de résultats**
Savent communiquer clairement	Normes et assurance de la qualité; effets sur les principaux indicateurs de la santé.
Sont bienveillants	Normes et assurance de la qualité; effets sur les principaux indicateurs de la santé.
N'hésitent pas à en faire plus	Normes et assurance de la qualité; effets sur les principaux indicateurs de la santé.
Prévoient les besoins futurs	Normes et assurance de la qualité; effets sur les principaux indicateurs de la santé.
Sont compétents	Relations de travail et ressources humaines; normes et assurance de la qualité; effets sur les principaux indicateurs de la santé; effets sur l'efficience des systèmes..
Sont bien formés	Relations de travail et ressources humaines; normes et assurance de la qualité.
Se montrent intéressés	Normes et assurance de la qualité; effets sur les principaux indicateurs de la santé.
Prennent le temps qu'il faut	Normes et assurance de la qualité; effets sur les principaux indicateurs de la santé.
Déplacements	Effets sur les principaux indicateurs de la santé; effets sur l'efficience des systèmes; équité dans l'affectation des ressources.
Sont en nombre suffisant	Relations du travail et ressources humaines; normes et assurance de la qualité.
Rôle élargi des bénévoles	Relations du travail et ressources humaines; normes et assurance de la qualité.

TABLEAU 4 : Valeurs et intérêts des aînés et de leurs aidants naturels par rapport au modèle de structure, de processus et de résultats qui sous-tend l'analyse des réformes - *Valeurs rattachées au système de soins de santé*

Valeurs et intérêts des aînés et de leurs aidants naturels : valeurs rattachées au système de soins de santé	**Éléments du modèle de structure, de processus et de résultats**
Coordination	Normes et assurance de la qualité; placement des clients; déplacement des clients entre les différents fournisseurs; effets sur les principaux indicateurs de la santé; effets sur l'efficience des systèmes; équité dans l'affectation des ressources.
Changements découlant de la réforme des soins de santé	Limites géographiques et démographiques; mécanismes de responsabilité; relations de travail et ressources humaines; gestion de l'information; normes et assurance de la qualité; affectation des ressources; démocratisation accrue; efficience du fonctionnement; placement des clients; effets sur les principaux indicateurs de la santé; effets sur l'efficience des systèmes; équité dans l'affectation des ressources; effets de la régionalisation sur les médecins.
Préoccupations concernant les médicaments	Normes et assurance de la qualité; placement des clients; déplacement des clients entre les différents fournisseurs; effets sur les principaux indicateurs de la santé; effets de la régionalisation sur les médecins.
Gamme de services offerts	Placement des clients; déplacement des clients entre les différents fournisseurs; effets sur l'efficience des systèmes; équité dans l'affectation des ressources.
Milieux propices à la prestation des soins	Normes et assurance de la qualité; placement des clients; déplacement des clients entre les différents fournisseurs; effets sur les principaux indicateurs de la santé; effets sur l'efficience des systèmes.
Possibilités de soins auto-administrés	Normes et assurance de la qualité.
Responsabilité de sa propre santé	Effets sur les principaux indicateurs de la santé; effets sur l'efficience des systèmes; équité dans l'affectation des ressources.

3. CONCEPTION D'UNE ÉVALUATION

3.1 Introduction à la conception de l'évaluation

Ce chapitre présente une série de mesures et d'indicateurs clés que l'on pourra songer à inclure dans toute évaluation de l'incidence des réformes des soins de santé sur les aînés. Les indicateurs sont établis en fonction des points de vue des aînés, c'est-à-dire qu'ils sont principalement axés sur les buts et les valeurs des aînés face au système de soins de santé. Ils se rattachent aussi aux buts des réformes. Comme les buts des réformes et ceux des aînés ne coïncident pas toujours, il faudra que toute personne procédant à une évaluation délimite clairement le groupe de buts à étudier. Lorsqu'ils coïncideront quelque peu, il faudra établir, sur le plan conceptuel, un lien logique entre ceux des aînés et ceux des réformes.

Le concept d'évaluation décrit dans le présent rapport est en quelque sorte un schéma ou plan directeur qui définit les principaux secteurs à évaluer et qui précise les questions et les indicateurs clés pour chacun de ces secteurs. Les tableaux présentés plus tard dans ce chapitre présentent les questions et indicateurs clés, un sommaire des sources possibles de données pour chaque indicateur et des méthodes à utiliser pour procéder à l'analyse ou aux calculs nécessaires. On y explique aussi la « justification » de chaque indicateur.

3.2 Questions d'évaluation

Au moment d'effectuer toute évaluation, il importe de préciser clairement les questions sur lesquelles elle portera. Il peut s'avérer difficile de traduire certains concepts en mesures quantifiables qui reflètent les structures complexes. Par conséquent, une solution pour certains de ces concepts pourrait être de les simplifier ou de les décomposer en éléments à des fins d'analyse.

Ceux qui décideront d'évaluer les incidences des réformes sur les aînés devront examiner quels secteurs du cadre d'analyse et quels buts et valeurs des aînés ils étudieront. Une fois qu'ils auront établi cela, ils devront élaborer une série de questions et d'indicateurs clés. Les indicateurs présentés plus loin dans ce chapitre pourraient servir de guide pratique ou de « référence » aux évaluateurs.

Compte tenu des conclusions à propos des intérêts des aînés qui sont documentées dans le rapport de la partie I, les évaluateurs voudront peut-être se pencher sur les questions se rattachant aux services de santé, aux fournisseurs de services et au système de santé. Pour ce qui est de services de santé, on pourrait se demander si les aînés trouvent qu'ils reçoivent des services efficaces et de

grande qualité, si les services sont accessibles et s'ils peuvent être obtenus en temps opportun, et si les soins sont axés sur la famille.

Quant aux fournisseurs de services, on pourrait se demander si les communications orales et écrites entre les professionnels et les clients et aidants naturels sont suffisantes et appropriées, si les clients sont traités avec respect et dignité, et si le personnel est bien formé et compétent. Dans le cas du système de santé, on pourrait voir si les services sont suffisamment coordonnés et dans quelle mesure les services de santé sont convenables et facilement accessibles en comparaison avec ce qui existait avant les réformes.

3.3 Critères de sélection des indicateurs

Nous avons élaboré un certain nombre de critères pour faciliter la sélection des indicateurs clés appropriés. Cependant, en général, ces critères portent sur des données quantitatives et n'intègrent pas la notion selon laquelle de nouvelles données ou des données qualitatives peuvent être recueillies. Un grand nombre de critères peuvent néanmoins servir de points de référence pour évaluer les mesures ou les indicateurs possibles. Si un indicateur donné ne répond pas à la plupart des critères, il se peut qu'il ne soit pas approprié de l'inclure dans l'étude. Voici un exemple de normes et de critères qui peuvent être utilisés pour choisir les indicateurs.

- Les indicateurs doivent être *utiles* aux décideurs.
- Les indicateurs doivent être *sensibles* pour des périodes de temps relativement courtes (c.-à-d. que les valeurs des indicateurs doivent suivre les variations de l'objet qu'ils visent à mesurer).
- Les indicateurs doivent *permettre des comparaisons dans le temps*, ce qui signifie que la fréquence de mesure doit être de cinq ans ou moins.
- La valeur des indicateurs doit présenter un *degré de variabilité* dans le temps et l'espace; s'il n'y a pas de variations dans le temps, ou d'un endroit à l'autre, l'indicateur peut ne pas être informatif.
- Les indicateurs doivent être accessibles à un niveau *intraprovincial* (ou *régional*).
- Les indicateurs doivent être immédiatement *disponibles*, c.-à-d. que les données brutes nécessaires pour effectuer les calculs doivent également être disponibles.
- Les indicateurs doivent *s'exclure mutuellement*, c.-à-d. que dans l'ensemble, ils ne devraient pas fournir de mesures en double.
- Les indicateurs doivent être assez *bien reconnus*, ce qui leur confère une certaine validité.

- Les indicateurs présentant un *potentiel d'information* pourraient être utilisés même s'ils ne sont pas bien connus, s'ils ne sont pas utilisés actuellement ou s'ils sont nouveaux.[4]

Outre les considérations pratiques ci-dessus, les indicateurs devraient posséder un certain nombre de propriétés méthodologiques que voici :

- *Validité* - Quels indicateurs mesurent le plus directement et le plus précisément les résultats présentant un intérêt?
- *Fiabilité* - Quels indicateurs sont ou peuvent être recueillis de façon uniforme d'une année à l'autre?
- *Clarté* - Quels indicateurs sont les mieux compris par les décideurs, les fournisseurs de services et le public?
- *À-propos* - Quels indicateurs fourniront aux décideurs l'information courante nécessaire à la prise de décisions concernant les programmes et les politiques?
- *Coût* - Quels indicateurs sont les moins coûteux à recueillir? Cela comprend le coût des systèmes de collecte des données ainsi que les coûts permanents de consignation, d'analyse et de compte rendu des données.
- *Comparabilité* - Quels indicateurs sont semblables à ceux utilisés ailleurs, de sorte que les résultats puissent être comparés d'une région ou d'un programme à l'autre?
- *Utilité* - Quels indicateurs peuvent être utilisés par de multiples auditoires pour prendre des décisions et surveiller les résultats à divers paliers (province, région, collectivité, programme)?[5]

3.4 Méthodes et sources de données

On peut aussi faire appel à un vaste éventail de sources de données. Il est en général possible d'obtenir auprès de Statistique Canada ou des gouvernements provinciaux les données démographiques nécessaires pour étudier les tendances sur le plan de l'utilisation. Il se peut toutefois que certaines provinces utilisent des régions géographiques différentes de celles de Statistique Canada et qu'il ne soit pas facile de retracer les données correspondantes. En outre, l'acquisition de ces données peut être coûteuse.

En général, les gouvernements provinciaux possèdent un vaste éventail de bases de données administratives qui renferment de l'information sur le type de clientèle, sur les fournisseurs de services, de même que sur les coûts. Ces données peuvent être accessibles, mais pas

nécessairement sans frais ou dans une forme appropriée. Il faudra en outre négocier certaines questions touchant leur confidentialité.

On pourra également sonder directement les opinions des aînés sur diverses questions. Statistique Canada a conçu un certain nombre d'enquêtes qui peuvent constituer des modèles utiles. Il faudra peut-être obtenir l'autorisation des ministères de la Santé, des conseils régionaux ou des agences de prestation des services avant de réaliser des enquêtes auprès des bénéficiaires des soins. Il faudra aussi négocier certaines questions de confidentialité. La réalisation d'enquêtes peut comporter des coûts assez considérables. Une autre solution consiste à tenir une série de discussions de groupe pour recueillir de l'information sur les besoins des aînés ou sur leur perception des services.

3.5 Conception des tableaux sommaires

La présente section renferme une longue liste d'indicateurs qui pourraient servir, en totalité ou en partie, dans le cadre d'une évaluation. La liste est divisée en trois volets correspondant aux valeurs des aînés à l'endroit des services, des fournisseurs de services et du système de soins de santé. Ces indicateurs peuvent d'ailleurs être utilisés dans une évaluation. Les indicateurs réels, les sources de données et les méthodes choisies dépendront de l'envergure de l'évaluation et des ressources disponibles.

Les trois tableaux ci-après (5,6,7) portent sur l'évaluation des réformes selon le point de vue des aînés. Les mesures qui y sont mentionnées sont grandement axées sur les résultats de la santé (partie six du cadre d'analyse). Le cadre d'analyse comporte cinq autres parties se rattachant à la structure, au processus et aux résultats sociaux, politiques et économiques. Les évaluateurs auront peut-être intérêt à étudier ces aspects dans le cadre de leur plan d'évaluation. Par conséquent, nous vous présentons aussi une série de tableaux sur ces autres sujets et sur les questions, les indicateurs clés, les sources de données et les méthodes qui s'y rattachent (tableaux 8 à 12). Nous n'y avons pas inclus de colonne de justification étant donné qu'il a été question de la plupart de ces mesures dans le présent rapport.

TABLEAU 5 : ***Indicateurs rattachés aux services***

Question	Indicateur(s)	Méthodes et sources de données	Justification
Les aînés reçoivent-ils des services efficaces et de grande qualité?	• Cotation par les aînés, sur une échelle de cinq points, de leur satisfaction à l'endroit de chaque type et sous-type de services	Recherche-sondage Groupes de discussion Consultation publique Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale	Cet indicateur révèle les opinions des aînés sur la question.
	• Pourcentage des services qui sont agréés, selon le type de service	Analyse documentaire Entrevues Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale	Les procédures nationales ou provinciales d'assurance de la qualité et d'agrément fournissent une certaine mesure de l'assurance de la qualité.
	• Pourcentage du personnel possédant les titres professionnels appropriés, selon le type de service	Analyse documentaire Entrevues Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale	Cet indicateur donne un aperçu de la qualité et des titres professionnels des membres du personnel.
	• Pourcentage de clients, selon le niveau de soins, dont la santé ou le niveau de soins s'améliore, demeure constant ou se détériore au cours d'une année de soins en établissement et à domicile	Données cliniques	Les soins prolongés constituent essentiellement un système axé sur les soins; l'un de leurs buts importants consiste donc à faire en sorte que les clients demeurent les plus fonctionnels possible pendant le plus longtemps possible.
	• Pourcentage de clients possédant un plan de soins et des objectifs clairement définis dans toutes les formes de services de soins	Données cliniques	Des plans de soins documentés s'accompagnant d'objectifs bien définis indiquent que la personne reçoit des soins adéquats, professionnels et axés sur le client.
	• Pourcentage de clients des services de soins communautaires en établissement et à domicile qui sont admis dans un hôpital de soins actifs	Données cliniques	Cette mesure permettra de mieux comparer la rentabilité des soins communautaires par rapport aux soins en établissement en ce qui a trait à l'éventail des services de soins non actifs et elle pourra mettre en lumière les problèmes si les clients des services à domicile ne reçoivent pas des soins adéquats ou s'ils ont des besoins auxquels la collectivité ne peut répondre.
	• Pourcentage de chutes ou d'autres incidents signalés dans les hôpitaux et les établissements de soins	Données cliniques	Il est très important de déclarer les incidents tels les chutes, puisque cela permet de mesurer la qualité des soins, particulièrement si l'on compare les taux entre les NAS ou les organismes.

Question	Indicateur(s)	Méthodes et sources de données	Justification
Les services que reçoivent les aînés sont-ils adéquats et suffisants?	• Cotation par les aînés, sur une échelle de cinq points, de la mesure dans laquelle les services sont suffisants et adéquats	Enquête Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur révèle les opinions des aînés sur la question.
	• Unités de service par population de chaque type et sous-type de service au sein de chaque NAS, par exemple : - généralistes par 1 000 h. - spécialistes, par catégorie, par 1 000 h. - lits d'hôpitaux, par 1 000 h. - lits en établissements de soins de longue durée, par 1 000 h. de 65 ans et plus - lits pour soins psychiatriques actifs par 1 000 h.	Données des ministères Comparaisons entre les NAS, avec la moyenne provinciale et entre les provinces Comparaisons avec les normes jugées appropriées par un groupe d'experts, p. ex., 2,25-3,00 lits d'hôpitaux par 1 000 habitants, 50-60 lits par 1 000 habitants de 65 ans et plus dans les établissements de longue durée	Les comparaisons d'utilisation donnent un bon aperçu des volumes de service mais il importe de souligner que ce ne sont pas tous les services offerts qui sont réellement nécessaires.
	• Rapports personnel-clients au sein des services hospitaliers et en établissement, de façon globale et pour le personnel professionnel, le personnel auxiliaire et le personnel administratif, selon le niveau de soins ou les indicateurs de composition de la clientèle	Données des ministères Comparaisons entre les NAS, avec la moyenne provinciale, entre les provinces et à l'échelle internationale	Les comparaisons relatives au personnel sont utiles étant donné que deux NAS peuvent avoir le même nombre de lits mais des rapports personnel-clients différents même après que l'on ait tenu compte du niveau d'acuité des clients.

Question	Indicateur(s)	Méthodes et sources de données	Justification
Les services sont-ils disponibles et accessibles et peuvent-ils être obtenu en temps opportun?	• Cotation par les aînés, sur une échelle de cinq points, de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'à-propos des services, selon le type de services (p. ex., hôpitaux, établissements de soins prolongés, centres de garde de jour pour adultes)	Enquêtes Groupes de discussion	Cet indicateur révèle les opinions des aînés sur la question.
	• Longueurs des listes d'attente et durée d'attente, en moyenne et selon l'installation ou le fournisseur de soins professionnels (p. ex., médecins spécialistes), pour tous les types de services (p. ex., liste d'attente et durée d'attente pour une chirurgie cardiaque, pour une admission en établissement de soins de longue durée et pour une admission dans un centre communautaire de santé mentale, auprès des services de garde de jour pour adultes, des services d'aide familiale, etc.)	Données des ministères Comparaisons, selon le type de service, entre les NAS, avec la moyenne provinciale et entre les provinces	Il se peut que des gens qui n'ont pas besoin des services immédiatement viennent grossir les listes d'attente, mais celles-ci demeurent une mesure comparative utile.
	• Pourcentage de clients et de familles qui n'ont pas attendu ou qui n'ont attendu que très peu pour avoir accès aux services, selon le type de service	Données des ministères Comparaisons, selon le type de service, entre les NAS, avec la moyenne provinciale et entre les provinces	Ces indicateurs donnent une idée de la proportion de clients qui jouissent d'un service rapide.
	• Pourcentage de clients et de familles qui subissent des retards lors de transferts entre organismes et régions, selon les types de services	Données des ministères Comparaisons, selon le type de service, entre les NAS, avec la moyenne provinciale et entre les provinces	De tels retards peuvent indiquer des blocages au niveau des systèmes ou des problèmes de coordination.
	• Pourcentage de cas dans lesquels les gestionnaires responsables ont de la difficulté à aiguiller les clients, selon le type de service	Notes cliniques Enquêtes	Cet indicateur est un signal d'alarme qui invite à procéder à une enquête plus approfondie sur les problèmes dans la prestation des services.

Question	Indicateur(s)	Méthodes et sources de données	Justification
Y a-t-il une continuité appropriée entre les services et les services fournis sont-ils prévisibles?	• Cotation par les aînés, sur une échelle de cinq points, de la continuité et de la prévisibilité des services	Enquête Comparaisons entre les NAS et avec les moyennes provinciales Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur révèle les opinions des aînés sur la question.
	• Nombre d'organismes nouvellement créés et de d'anciens organismes fermés chaque année, selon le type de service	Données des ministères et des NAS	Cet indicateur donne une idée du roulement ou de la stabilité des organismes.
	• Nombre d'organismes dont le personnel a augmenté ou diminué de plus de 5 %	Données des ministères, des NAS et des organismes	Il s'agit d'une mesure de la stabilité fondée sur la croissance ou le déclin des organismes.
	• Taux de roulement du personnel, par organisme, pour chaque type de service	Données des ministères, des NAS et des organismes	Cet indicateur mesure le roulement du personnel. Un roulement élevé signifie que les services ne sont pas prévisibles.
	• Pourcentage d'organismes dotés de politiques qui permettent au personnel de suivre les mêmes clients un certain temps, selon le type de service	Analyse documentaire	Cet indicateur mesure la cohérence ou la prévisibilité des services du personnel.

Question	Indicateur(s)	Méthodes et sources de données	Justification
Les services sont-ils acceptables et appropriés?	• Cotation par les aînés, sur une échelle de cinq points, de l'acceptabilité et de l'à-propos des services	Enquête Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur révèle les opinions des aînés sur la question.
	• Degré de participation du client et de la famille à la sélection des services (p. ex., établissement de soins de longue durée) et à l'établissement des plans de soins	Notes cliniques Entrevues	Cet indicateur mesure l'importance accordée à la participation de la famille et aux soins axés sur la famille.
	• Selon le type de service, niveau de satisfaction des clients et des familles vis-à-vis : - de la protection de la confidentialité - de l'amabilité du personnel et de l'administration - de l'accessibilité du personnel et de l'administration - des activités sociales - des loisirs et des passe-temps - de la participation aux décisions de l'organisme - de la qualité de l'hébergement - de l'accès au personnel préféré à la maison - du respect des horaires par le personnel des soins à domicile	Enquêtes Groupes de discussion Consultation publique	Ces indicateurs mesurent la satisfaction des clients et de leurs aidants naturels.
	• Pourcentage de clients qui se plaignent des soins dispensés	Notes cliniques	Cet indicateur est un signal d'alarme quant à la qualité des soins.
Les services sont-ils souples et adaptables?	• Cotation par les aînés, sur une échelle de cinq points, de la flexibilité et de l'adaptabilité des soins, selon le type de service	Enquête Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur révèle les opinions des aînés sur la question.
	• Pourcentage d'aînés recevant des soins et des membres de leur famille qui sont d'avis que les fournisseurs de services sont souples et ouverts en ce qui a trait à la prestation des soins, selon le type de service	Enquête Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Il est important de recueillir les opinions des aînés et de leurs aidants naturels sur la flexibilité et l'adaptabilité dans la prestation des services.
Les services sont-ils abordables?	• Cotation par les aînés, sur une échelle de cinq points, du coût abordable des services de soins de santé dans leur ensemble et des différents services	Enquête Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur révèle les opinions des aînés sur la question.
	• Analyse de la nature et du montant des frais d'utilisation, selon le type de service, et de la mesure dans laquelle ces frais sont raisonnables	Données des ministères, des NAS et des établissements Groupes d'experts	On peut comparer les coûts entre les NAS et entre les provinces.

Question	Indicateur(s)	Méthodes et sources de données	Justification
Les soins prodigués sont-ils axés sur la famille?	• Cotation par les aînés, sur une échelle de cinq points, de la mesure dans laquelle les soins sont axés sur la famille, selon le type de service	Enquête Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur révèle les opinions des aînés sur la question.
	• Pourcentage de familles, selon le type de services, qui : - participent à la planification des soins - se sentent libres de parler au personnel - se sentent libres de parler à l'administration - sentent qu'elles peuvent demander des changements raisonnables aux plans de soins - ne sont pas consultées au sujet des décisions relatives aux soins	Enquête Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur donne un certain aperçu de la mesure dans laquelle les familles participent aux soins. Il peut s'avérer utile s'il est mesuré sur une certaine période et s'il fait l'objet de comparaisons entre les NAS.

TABLEAU 6 : ***Indicateurs rattachés aux fournisseurs de services***

Question	Mesure ou indicateur	Méthodes et sources de données	Justification
Est-ce qu'un organisme provincial ou national d'agrément procède régulièrement à une vérification des fournisseurs de services?	Est-ce que les organismes sont accrédités ou soumis à une vérification (oui ou non)?	Organismes, organismes d'agrément, ministères de la Santé	Presque toutes les valeurs rattachées aux fournisseurs de services sont en général incluses dans un vaste processus d'agrément.
Est-ce que la nature et la qualité des communications assurées par le personnel soignant sont appropriées?	• Cotation par les aînés et les aidants naturels, sur une échelle de cinq points, de la qualité des communications écrites et orales, selon le type de service	Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des aidants naturels sur la question.
	• Cotation par les aînés bénéficiaires de soins et par leur famille de la clarté des communications écrites, selon le type de service, en ce qui a trait : - à la description des politiques - à la description des services - aux plans de soins - aux objectifs en matière de soins à prodiguer au client - aux droits d'appel	Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Ces indicateurs mesurent l'à-propos des communications écrites.
	• Cotation par les aînés bénéficiaires de soins et par leur famille de la communication verbale, selon le type de service, en ce qui a trait : - au contact initial - à la planification des soins - à la prestation des soins - à la planification des sorties - à l'accessibilité du personnel pour discuter de diverses questions	Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Ces indicateurs mesurent l'à-propos des communications verbales.

Question	Mesure ou indicateur	Méthodes et sources de données	Justification
Est-ce que le personnel est bienveillant, consacre le temps nécessaire aux clients, s'intéresse à ces derniers, en fait plus que ce qui lui est demandé pour les clients et anticipe les besoins à venir de ces derniers?	• Cotation du personnel par les aînés et les aidants naturels, sur une échelle de cinq points, selon le type de service, en ce qui a trait : - à la bienveillance - au temps consacré au client - à la volonté d'en faire plus - à l'anticipation des besoins à venir - à l'intérêt manifesté envers le client	Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des aidants naturels sur la question.
	• Cotation par les aînés bénéficiaires des soins et par leur famille, selon le type de service, de la mesure dans laquelle : - le personnel est bienveillant - le personnel prend le temps d'écouter les problèmes et s'intéresse au client - le personnel semble pressé - l'organisme semble manquer de personnel - le personnel va au--delà du devoir pour s'occuper du client ou expliquer des choses à la famille - le personnel pense à l'avenir, en planifiant par exemple des placements possibles auprès d'une autre agence	Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Il s'agit d'indicateurs fondamentaux du degré de bienveillance, de compassion et d'intérêt envers le client.

Question	Mesure ou indicateur	Méthodes et sources de données	Justification
Le personnel est-il bien formé et compétent?	• Cotation par les aînés et les aidants naturels, sur une échelle de cinq points, de la compétence du personnel selon le type de personnel et le type d'organisme	Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des aidants sur la question.
	• Pourcentage d'employés possédant des certificats, des licences, etc. appropriés	Données des organismes	Cet indicateur mesure la formation professionnelle.
	• Nombre de jours de formation assurés au personnel par chaque organisme, selon le type de personnel et le type de service	Données des organismes	Cet indicateur mesure jusqu'à quel point l'organisme soutient la formation et l'agrément de ses employés.
	• Existence de politiques qui favorisent la formation du personnel	Manuel des politiques de l'organisme	Cet indicateur mesure jusqu'à quel point l'organisme soutient la formation et l'agrément de ses employés.
Les clients sont-ils traités avec respect et dignité?	• Cotation par les aînés et des aidants naturels, sur une échelle de cinq points, selon le type de personnel et le type d'organisme, de la mesure dans laquelle les aînés bénéficiaires des soins sont traités avec respect et dignité	Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des aidants naturels sur la question.
	• Existence ou absence d'un code d'éthique, de politiques ou d'une « déclaration des droits des clients » qui assurent à ces derniers d'être traités avec dignité et respect	Renseignements fournis par les organismes	Cet indicateur mesure jusqu'où l'organisme est allé pour veiller à ce que ses clients soient traités avec respect et dignité.
Les organismes disposent-ils de suffisamment d'employés et de bénévoles pour dispenser les soins aux clients?	• Cotation par les aînés et les aidants naturels, sur une échelle de cinq points, de la pertinence des effectifs, selon le type d'organisme	Enquêtes Comparaisons entre les NAS Données sur la dotation des organismes	Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des aidants naturels sur la question.
	• Comparaisons des niveaux de dotation, en vue de déceler les différences au niveau de la composition de la clientèle entre les organismes, selon le type d'organisme	Données des organismes Analyse statistique	Cela peut s'avérer un peu complexe en termes d'analyse à effectuer; cela nécessite également l'existence de systèmes de classification de la clientèle.
	• Proportion de bénévoles au sein du personnel	Données des organismes	Il s'agit d'une mesure comparative du recours à des bénévoles.

TABLEAU 7 : ***Indicateurs rattachés au système de prestation des services***

Question	Mesure ou indicateur	Méthodes et sources de données	Justification
Les services sont-ils bien coordonnés?	• Cotation par les aînés et les aidants naturels, sur une échelle de cinq points, du degré de coordination des services avant et après les réformes	Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des aidants sur la question.
	• Nombre d'hôpitaux possédant des groupes de planification des sorties et de gestion de l'utilisation pour faciliter la coordination des aiguillages vers les organismes communautaires	Données des hôpitaux Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur établit dans quelle mesure il existe des liens entre les hôpitaux de soins actifs et les services communautaires et à domicile.
	• Existence de blocages dans les transferts entre organismes et entre régions, en raison de politiques en vigueur, d'incitatifs financiers, etc.	Groupes d'experts Entrevues	Cette mesure fait ressortir les questions de structure et de processus qui nuisent à la coordination. Il serait également bon, si possible, de compter le nombre de blocages.
	• Mesure dans laquelle une région possède un meilleur éventail de services mieux équilibrés	Groupes d'experts Analyse quantitative	Comme il serait difficile de déterminer cela de façon empirique, on le mesure d'après la perception d'un meilleur éventail de services par les aînés.

Question	Mesure ou indicateur	Méthodes et sources de données	Justification
Les médicaments sont-ils prescrits de façon appropriée et sont-ils abordables?	• Cotation par les aînés et les aidants naturels, sur une échelle de cinq points, de l'à-propos et du coût abordable des médicaments prescrits	Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des aidants naturels sur la question.
	• Importance de la formation assurée chaque année aux médecins et aux autres fournisseurs de soins au sujet des médicaments, de leur utilisation, de leur interaction et de leurs effets	Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur mesure la connaissance des médicaments par les fournisseurs de soins officiels.
	• Nombre de problèmes déclarés attribuables à l'établissement du coût en fonction des produits de référence	Données des ministères Enquêtes	Certains aînés ont souligné des problèmes attribuables à la prise de médicaments génériques.
	• Nombre de gériatres par 100 000 habitants	Données des ministères	Cet indicateur mesure l'à-propos des soins gériatriques.
	• Nombre moyen de prescriptions délivrées à des aînés, selon l'âge et le sexe et selon l'état sous-jacent et le type de handicap	Données des ministères Analyse chronologique des tendances Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale	Cet indicateur mesure les pratiques générales en matière de prescription de médicaments aux aînés.

Question	Mesure ou indicateur	Méthodes et sources de données	Justification
Les services de santé sont-ils disponibles et appropriés après les réformes?	• Cotation par les aînés et les aidants naturels, sur une échelle de cinq points, des effets globaux qu'ont eus pour eux les réformes, ainsi que de la disponibilité et de l'à-propos des services	Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des aidants naturels sur la question.
	• Perception des aînés concernant les principaux avantages et les principales lacunes des réformes	Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur permet d'examiner les avantages et les inconvénients de la régionalisation du point de vue des aînés.
	• Perception des aînés concernant la disponibilité et l'à-propos des services	Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances	Cet indicateur mesure jusqu'à quel point les aînés considèrent que les services sont toujours disponibles et appropriés.
	• Unités de service par rapport à la population pour tous les types de service (c'est-à-dire, y a-t-il plus ou moins de services après les réformes?)	Données des ministères Analyse chronologique des tendances et analyse à l'échelle des NAS	Il s'agit d'une mesure de base des ressources du système de soins de santé.
	• Nombre de nouveaux types de services mis en place à la suite des réformes	Données des ministères et des NAS	Il s'agit d'un indicateur de l'innovation en matière de prestation des services.
	• Disponibilité des services auxiliaires et socio-médicaux avant et après les réformes, p. ex. : - transport à l'intention des aînés - garde de jour pour adultes - programmes d'aides techniques - programmes de visites amicales de bénévoles - massothérapie - systèmes d'alarme - rénovations domiciliaires - autres services	Données des ministères et des NAS Analyse chronologique des tendances Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale	Cet indicateur mesure jusqu'à quel point les services d'autres secteurs ont été rattachés à ceux du secteur de la santé. Les aînés ont besoin d'une gamme de services autres que les soins de santé pour composer avec leurs déficits fonctionnels.
	• Mesure dans laquelle les listes d'attente ont raccourci ou se sont allongées, selon le type de service	Données des ministères et des NAS Analyse chronologique des tendances Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale	Précisons encore une fois que les listes d'attente ne fournissent qu'une mesure inexacte, mais qu'elles peuvent s'avérer utiles pour observer les tendances sur une certaine période.

TABLEAU 8 : Questions liées à la structure

Sujets	Questions et indicateurs	Méthodes et sources de données
Fondement législatif	• Y a-t-il des textes de loi se rattachant aux réformes?	Analyse juridique
	• Dans quelle mesure les textes de loi fournissent-ils une base pour définir clairement : - les buts de la réforme? - les différentes autorités? - les responsabilités?	Analyse juridique Groupes d'experts Analyse documentaire
	• Les textes de loi sont-ils compatibles avec les buts des aînés et en facilitent-ils la réalisation?	Groupes d'experts Analyse documentaire Entrevues avec des responsables
Régie	• Comment le nouveau système est-il structuré?	Analyse documentaire Entrevues
	• Dans quelle mesure les dispositions structurelles au niveau provincial et des NAS tiennent-elles compte des cinq pratiques exemplaires en matière de soins prolongés : - inscription unique? - évaluation et placement coordonnés? - gestion de cas? - administration unique? - système unique de classification des niveaux de soins?	Groupes d'experts Analyse documentaire Entrevues
	• Dans quelle mesure les dispositions structurelles favorisent-elles la coordination des services en général?	Groupes d'experts Analyse documentaire Entrevues Groupes de discussion Dialogue public
	• Est-ce que chaque composante du système a : - des pouvoirs clairs? - des responsabilités bien arrêtées? - des limites d'intervention bien définies?	Groupes d'experts Entrevues Analyse documentaire
	• Le système est-il cohérent ou y a-t-il des contradictions internes?	Groupes d'experts
Limites géographiques	• Chaque NAS soutient-elle une gamme complète de services?	Analyse documentaire
	• Dans quelle proportion déplace-t-on des clients d'une NAS à une autre et dans quelle mesure cela pose-t-il un problème?	Données provinciales Groupes de discussion Dialogue public Entrevues

TABLEAU 9 : Questions liées au processus

Sujets	Questions et indicateurs	Méthodes et sources de données
Mécanismes de responsabilité	• Dans quelle mesure y a-t-il un système de reddition des comptes bien établi et défini?	Groupes d'experts Analyse documentaire Entrevues
	• Dans quelle mesure des comptes clairs et structurés sont-ils régulièrement rendus à la collectivité et aux aînés par : - le ministère de la Santé? - la nouvelle autorité sanitaire? - le fournisseur de services local? - les professionnels de la santé?	Groupes d'experts Analyse documentaire Entrevues Groupes de discussion Dialogue public
	• Dans quelle mesure les mécanismes de responsabilité respectent-ils les normes actuelles telles les 12 attributs des rapports sur l'efficacité énoncés par la Fondation canadienne pour la vérification intégrée?	Groupes d'experts Analyse documentaire
Relations de travail et ressources humaines	• Dans quelle mesure l'effectif est-il perturbé pour les raisons suivantes : - mutations? - niveaux de salaire? - sécurité d'emploi? - affiliation syndicale? - déménagement?	Données des ministères Analyse documentaire Entrevues avec des responsables
	• Dans quelle mesure la réforme a-t-elle augmenté ou diminué le nombre : - de travailleurs de première ligne? - d'employés administratifs? - de cadres intermédiaires? - de cadres supérieurs?	Données des ministères Analyse documentaire Analyse des tendances
	• Dans quelle mesure les niveaux de salaire des cadres supérieurs ont-ils été majorés ou réduits?	Données des ministères
	• Dans quelle mesure la proportion de professionnels dûment formés et certifiés a-t-elle changé en raison des réformes?	Données des ministères Analyse des tendances

Sujets	Questions et indicateurs	Méthodes et sources de données
Planification	• Qui est responsable de quel niveau de planification et de formulation des politiques à la suite des réformes?	Données des ministères Entrevues Analyse documentaire
	• Dans quelle mesure y a-t-il des chevauchements ou des conflits de pouvoirs relativement à la planification et à la formulation des politiques entre le ministère de la Santé et les NAS?	Groupes d'experts Données des ministères Entrevues
	• Quelle est la qualité des plans au niveau du Ministère et des NAS? - Sont-ils publics? - Sont-ils clairs et faciles à comprendre? - Sont-ils conformes aux normes actuelles en matière de planification des documents?	Groupes d'experts Analyse documentaire
Gestion de l'information	• Dans quelle mesure des renseignements relativement complets sont-ils recueillis et informatisés?	Analyse documentaire
	• Y a-t-il une base de données provinciale pour chaque grand type de services (données sur les clients, sur les organismes et sur les coûts)?	Analyse documentaire Entrevues
	• Dans quelle mesure le Ministère et les NAS partagent-ils les mêmes données?	Groupes d'experts Entrevues Analyse documentaire
	• Dans quelle mesure les systèmes d'information et la diffusion de l'information se sont-ils améliorés à la suite des réformes?	Groupes d'experts Entrevues Analyse documentaire Groupes de discussion
	• À qui appartiennent les données et qui voit à leur gestion?	Entrevues Analyse documentaire
	• Dans quelle mesure les nouveautés en technologie de l'information sont-elles mises en place ou adoptées?	Groupes d'experts Entrevues Analyse documentaire

Sujets	Questions et indicateurs	Méthodes et sources de données
Normes et assurance de la qualité	• Quelle proportion des divers types d'organismes de soins de santé sont agréés dans le cadre d'un mécanisme national ou provincial?	Données des organismes et des ministères Analyse des tendances Comparaisons avec la moyenne provinciale
	• Quelle proportion des divers types d'organismes agréés ont reçu la cote la plus élevée au cours des trois dernières années?	Données des organismes et des ministères Analyse des tendances Comparaisons avec la moyenne provinciale
	• Quelle proportion d'organismes affichent publiquement les résultats de leur agrément?	Données des organismes et des ministères Analyse des tendances Comparaisons avec la moyenne provinciale

TABLEAU 10 : Affectation des ressources

Sujets	Questions et indicateurs	Méthodes et sources de données
Finances et affectation des ressources	• Quelles méthodes ou formules servent à attribuer les ressources aux NAS et aux organismes fournissant des services?	Analyse documentaire
	• Dans quelle mesure les méthodes sont-elles conformes aux pratiques exemplaires actuelles et à l'opinion des experts?	Groupes d'experts Entrevues Analyse documentaire
	• Dans quelle mesure les méthodes d'affectation des ressources sont-elles acceptables pour les NAS et les fournisseurs de services?	Groupes d'experts Entrevues Analyse documentaire
	• Dans quelle mesure les NAS, les organismes, les experts, le public et les aînés ont-ils participé à l'élaboration de la méthode d'affectation des ressources?	Groupes d'experts Entrevues Analyse documentaire
	• Dans quelle mesure les règlements en matière de remboursement permettent-ils aux clients de recevoir les meilleurs soins possibles, c.-à-d., les NAS encouragent-elles ou découragent-elles les transferts entre NAS en raison d'incitatifs financiers? La coordination des soins entre les NAS est-elle favorisée ou du moins non entravée?	Données des ministères Entrevues Analyse documentaire Analyse des tendances
	• Quelle est la qualité globale des rapports financiers? Y trouve-t-on les coûts unitaires par genre de soins, par jour de soins, par visite, etc.? Y a-t-il une ventilation relativement détaillée des données?	Groupes d'experts Analyse documentaire Entrevues
	• Qui paie réellement pour quoi? Dans quelle mesure des revenus sont-ils récoltés à l'échelon local?	Analyse documentaire

TABLEAU 11 : Résultats sociaux, politiques et administratifs

Sujets	Questions et indicateurs	Méthodes et sources de données
Démocratisation accrue	• Quel est le pourcentage d'aînés au sein des conseils des NAS?	Analyse documentaire
	• Quel est le pourcentage de questions soulevées et de temps consacré à des questions intéressant les aînés?	Analyse documentaire Comptes rendus de réunions
	• Dans quelle mesure les aînés estiment-ils que l'on tient compte de leurs préoccupations?	Groupes d'experts Groupes de discussion Dialogue public
	• Les réunions des conseils d'administration sont-elles publiques? Si oui, combien de personnes y assistent en moyenne?	Participation Observation Comparaisons entre les NAS dans la province et entre les provinces
	• Dans quelle mesure les questions qui revêtent de l'importance pour les aînés sont-elles réglées?	Groupes d'experts Groupes de discussion Enquêtes Dialogue public
	• Quel est le pourcentage de personnes venant élire les membres des conseils d'administration?	Données de l'État
	• Combien de consultations publiques ont lieu par année et combien de personnes y participent?	Participation Observation Comparaisons entre les NAS dans la province et entre les provinces
	• Les membres des conseils d'administration sont-ils affiliés au niveau provincial?	Entrevues Analyse documentaire
	• Depuis les réformes, les aînés participent-ils davantage ou dans une moindre mesure aux décisions concernant les services de soins de santé?	Enquêtes Groupes de discussion Dialogue public Groupes d'experts

Sujets	Questions et indicateurs	Méthodes et sources de données
Acceptation des réformes par le public	• Quel est le pourcentage du public qui croit que le système de soins de santé est meilleur ou bien meilleur après la réforme?	Enquêtes Groupes de discussion Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale
	• Quel est le pourcentage du public qui croit contribuer plus ou beaucoup plus aux services de santé après la réforme?	Enquêtes Groupes de discussion Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale
	• Quel est le pourcentage du public qui appuie fermement ou très fermement les réformes?	Enquêtes Groupes de discussion Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale
	• Quel est le pourcentage du public qui est d'avis ou fermement d'avis qu'il faudrait « revenir à la façon dont se déroulaient les choses avant les réformes »?	Enquêtes Groupes de discussion Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale
Acceptation des réformes par tous les partis	• Dans quelle mesure tous les partis s'entendent-ils quant aux réformes? Quelles différences ressortent entre les partis politiques?	Entrevues Analyse documentaire
Stratégies de régionalisation	• Les buts de la régionalisation ont-ils changé avec le temps dans le cadre du processus de planification?	Analyse documentaire Entrevues
	• Quelles mesures ont été prises, s'il y a lieu, pour réduire les effets négatifs possibles des réformes?	Analyse documentaire Entrevues
	• Quelle logique présidait à la détermination des buts des réformes?	Analyse documentaire Entrevues
Implantation des réformes	• Les réformes ont-elles été implantées selon les prévisions? Y a-t-il eu des différences marquées entre les plans et la réalité éventuelle?	Analyse documentaire Entrevues
	• Combien de temps et d'argent a-t-il fallu consacrer à l'implantation des réformes?	Données des ministères Analyse documentaire

TABLEAU 12 : Coûts

Sujets	Questions et indicateurs	Méthodes et sources de données
Coûts	• Quels sont les coûts unitaires par état, niveau de soins et type de services?	Données des ministères Comptabilité analytique Analyse des tendances Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale
	• Quelles sont les contributions relatives de la dotation en personnel, de l'inflation et de l'importance de la majoration des coûts, par type de services?	Données des ministères Comptabilité analytique Analyse des tendances Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale
	• Dans quelle mesure le personnel et les ressources ont-ils été transférés aux conseils régionaux ou à d'autres NAS?	Données des ministères
	• Quels ont été les coûts de la planification et de l'implantation des réformes et les avantages qui en ont découlé?	Données des ministères Comptabilité analytique Analyse coûts-efficacité
	• Comment les réformes ont-elles influé sur le coût total du système de soins de santé?	Données des ministères Comptabilité analytique Analyse coûts-efficacité

NOTES EN FIN DE DOCUMENT

[1] M.V. George, M.J. Norris, F. Nault, S. Loh et S.Y. Dai, Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires : 1993-2016, Ottawa, Statistique Canada, 1994.

[2] A. Donabedian, Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume I: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Ann Arbor (Mich.): Health Administration Press, 1980.

[3] Cette section a été adaptée d'une demande de subvention importante présentée pour un projet d'évaluation des réformes des soins de santé. Certaines phrases et certains paragraphes ont été rédigés par les membres de l'équipe de projet, mais l'ensemble du texte a été écrit par l'auteur du présent document. Ceux qui ont rédigé la documentation non écrite par l'auteur du présent document sont aujourd'hui des associés du Réseau de la santé du Canadian Policy Research Networks.

[4] Groupe de travail chargé des systèmes d'information sur la santé communautaire et S. Chevalier, R. Choinière, M. Ferland, M. Pageau et Y. Sauvageau, Direction de la santé publique, Québec, Community Health Indicators. Definitions and Interpretations, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 1995.

[5] Ministère de la Santé de la C.-B. et ministère responsable des aînés de la C.-B., Framework for monitoring and reporting health outcomes: A guide for Regional Health Boards, Victoria, ministère de la Santé et ministère responsable des aînés, 1996.